AMTSBIBLIOTHEK DER BUNDES-POLIZEIDIREKTION WIEN
B 12.861/4

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

ZWEIMONATLICHE ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEBER:
DR. W. STEKEL, WIEN / PROF. DR. A. KRONFELD, BERLIN
FÜR DIE SCHWEIZ:
DOZ. DR. O.-L. FOREL, PRANGINS / DOZ. DR. W. MORGENTHALER, BERN / PROF. DR. J. E. STAEHELIN, BASEL
FÜR DIE NORDISCHEN LÄNDER:
DR. POUL BJERRE, STOCKHOLM / DR. OLUF BRÜEL, KOPENHAGEN / DR. HELGI TÓMASSON, REYKJAVIK
FÜR HOLLAND:
PROF. DR. L. VAN DER HORST, AMSTERDAM
FÜR RUMÄNIEN:
PROF. DR. E. SPERANTIA, CLUJ
FÜR RUSSLAND:
PROF. DR. J. S. GALANT, LENINGRAD / PROF. DR. N. BRUCHANSKI, MOSKAU
SCHRIFTLEITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN

BAND 2 **OKTOBER 1935** **HEFT 4**

INHALTSVERZEICHNIS

ORIGINALIA
Dr. W. Stekel: Gewissenskrankheiten 193
Prof. Dr. A. Kronfeld: Das Programm der Selbstgestaltung in der Psychotherapie 200
Dr. R. Allendy: Das Simile-Gesetz in der Psychotherapie 206

MITTEILUNGEN
Dr. H. March: Ein Gutachten in einer Alimentationsklage gegen einen Impotenten . . . 212
Dr. I. Bratt: Heilung eines Falles von Impotenz 217

RUNDFRAGE
Über Indikationen und Grenzen der Psychotherapie bei Kindern 219
Antworten: Dr. Benjamin, Priv.-Doz. Dr. St. Ederer, Priv.-Doz. Dr. W. Gottstein, Dr. E. Nassau, Prof. Dr. Orgler, Dr. C. Pototzky

VARIA
Dr. F. M. Meyer: Ein Traum eines Morphinkranken 231
Priv.-Doz. Dr. I. Fischer: Priapismus als prä- und postmortales Symptom 234
Dr. O. Brüel: Bericht aus Skandinavien 236
Dr. A. Moncrieff: Die Verbreitung der Neurosen in England 236

LESEFRÜCHTE
P. Valéry: Aus einer Rede über die Tugend 237
Prof. Dr. H. F. Hoffmann: Für den Umgang mit Kranken 239

REFERATE 240
NAMENREGISTER 250
SACHREGISTER 252

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & CO.
WIEN LEIPZIG BERN

DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

ist ein unabhängiges und überparteiliches Organ im Dienst der praktischen ärztlichen Psychotherapie und ihrer Grenzgebiete

Vierteljährlich erscheint 1 Heft. 4 Hefte umfassen einen Band von 16 Bogen (256 Seiten). Preis RM 12.— im Jahresabonnement. Einzelhefte werden mit RM 4.— berechnet. Mitglieder psychotherapeutischer Vereinigungen erhalten bei direkter Bestellung vom Verlag einen Vorzugspreis von RM 10.—. Die Zeitschrift wird den Beziehern bis zur Abbestellung geliefert; diese muß spätestens 4 Wochen vor Beginn eines neuen Jahrganges beim Verlag eingehen. — Die Herren Mitarbeiter erhalten 10 Sonderabdrucke kostenlos. Ein Mehrbedarf wird zum Selbstkostenpreis verrechnet

Manuskripte und sonstige redaktionelle Zuschriften sind zu senden an die Schriftleitung: **Dr. Ernst Bien**, Wien, IX., Spitalgasse 17

Im Januar 1936

beginnt der

3. Jahrgang der Psychotherapeutischen Praxis

mit Arbeiten folgender Autoren:

Dr. K. Balthasar (Berlin) / **Prof. Dr. K. Birnbaum** (Berlin) / **Doktor P. Ehmke** (Danzig) / **Prim. Dr. E. Gabriel** (Wien) / **Dr. E. Harms** (Zürich) / **Dr. L. Kopelowitsch** (Windau, Lettland) / **Dr. Fr. M. Meyer** (Berlin) / **Med.-Rat Dr. A. Missriegler** (Wördern) / **Dr. W. L. Neustatter** (London) / **Dr. Palsma** (Bandoeng, Java) / **Dr. W. Scheidegger** (Langenthal, Schweiz) / **Dr. W. Stekel** (Wien) / **Dr. J. Tabori** (Sombor, S.H.S.) / **Dr. W. Unger** (Hohenpeißenberg)

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES

Dr. W. Stekel, Wien, VIII., Langeg. 65 / **Prof. Dr. A. Kronfeld**, Berlin W 35, Friedr. Wilhelmstr. 3 / **Dr. René Allendy**, Paris, Rue de Assomption 9 / **Dr. H. March**, Berlin W 30, Bayreutherstr. 12 / **Dr. Iwan Bratt**, Alingsas (Schweden) / **Prof. Doktor Erich Benjamin**, Ebenhausen bei München / **Dozent Dr. St. Ederer**, Budapest, XI., Budafoki ut. 41 a / **Doz. Dr. W. Gottstein**, Berlin-Charlottenburg 9, Kaiserdamm 23 / **Dr. E. Nassau**, Berlin W 15, Kaiserallee 14 / **Prof. Dr. A. Orgler**, Berlin-Charlottenburg, Leibnitzstr. 60 / **Dr. K. Pototzky**, Berlin-Grunewald, Bismarckallee 6 / **Dr. Fritz M. Meyer**, Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstr. 57 / **Dozent I. Fischer**, Wien, I., Biberstr. 12 / **Dr. Oluf Brüel**, Kopenhagen, Nikolaj Plads 26 / **Prof. Dr. Herm. F. Hoffmann**, Gießen, Nervenklinik

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & CO.
WIEN, VII., NEUBAUGASSE 29

WPV-LL

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEBER:
DR. W. STEKEL, WIEN / PROF. DR. A. KRONFELD, BERLIN
FÜR DIE SCHWEIZ:
DOZ. DR. O.-L. FOREL, PRANGINS / DOZ. DR. W. MORGENTHALER, BERN / PROF. DR. J. E. STAEHELIN, BASEL
FÜR DIE NORDISCHEN LÄNDER:
DR. POUL BJERRE, STOCKHOLM / DR. OLUF BRÜEL, KOPENHAGEN / DR. HELGI TÓMASSON, REYKJAVIK
FÜR HOLLAND:
PROF. DR. L. VAN DER HORST, AMSTERDAM
FÜR RUMÄNIEN:
PROF. DR. E. SPERANTIA, CLUJ
FÜR RUSSLAND:
PROF. DR. J. S. GALANT, LENINGRAD / PROF. DR. N. BRUCHANSKI, MOSKAU
SCHRIFTLEITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN

BAND 2

1935

B 12.861 / Bibl. 1
Hoch. Bestand
17.10.58
Österr. Nationalbibliothek
AUSGESCHIEDEN
1934
Amtsbibliothek der Polizeidirektion Wien

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & CO.
WIEN LEIPZIG BERN

Printed in Austria

INHALTSVERZEICHNIS

ORIGINALIA Seite

Allendy, R.: Das Similegesetz in der Psychotherapie 206
Boenheim, C.: Über Psychotherapie bei motorischen Störungen im Kindesalter 129
Frankl, V.: Aus der Praxis der Jugendberatung 155
Friedemann, M.: Anagoge Übertragungsträume 84
Friedjung, J. K.: Der Kinderarzt als Erziehungsberater 144
Karger, P.: Die psychoreflektorische Azetonurie bei Kindern 135
Kronfeld, A.: Zur Psychologie des Süchtig-Seins 1
— Das Programm der Selbtsgestaltung in der Psychotherapie 200
Meyer, F. M.: Träume von Morphinkranken 74
Missriegler, A.: Erziehungsmaßnahmen bei Hebephrenie 147
Morgenthaler, W.: Schwangerschaftsunterbrechung und Psychotherapie . 65
Ockel, G.: Zur Frage der geschlechtlichen Erziehung 153
Ramer, T.: Einige Gesichtspunkte zur kinderpsychiatrischen Arbeit 159
Rehder, H.: Eine einfühlend geordnete Behandlung hysterischer Leiden . . 17
Stekel, W.: Prophylaxe des Inzestes 139
— Gewissenskrankheiten 193
Tramer, M.: Über kleine Psychotherapie in einer psychiatrischen Kinderberatungsstelle 162
Velikowsky, I.: Psychische Anaphylaxie und ihre Reaktionsgebundenheit an das erste Agens 10

MITTEILUNGEN

Bien, E.: Das Soll- und Haben-Spiel eines Kindes 176
Bratt, I.: Heilung eines Falles von Impotenz 217
Herzberg, A.: Kasuistik der Psychotherapie bei älteren Leuten 24
Kronfeld, A.: Ein blindes Kind, das „Sehen" spielt 174
March, H.: Ein Gutachten in einer Alimentationsklage geg. einen Impotenten 212
Nachmansohn, M.: Ein Fall von Hysterie bei multipler Sklerose 92
Stekel, W.: Ein Traum eines Arztes 32
Watson, G.: Die Psychologie in Deutschland 95
Zulliger, H.: Das produktive Kinderspiel in der psychotherapeut. Praxis . 168

VARIA

Bien, E.: Die Behandlungsmethoden der Impotenz 38
Bretschneider, A.: Ein Kind ißt seine Haare 183
Brüel, O.: Sexualsymbolik im volkstümlich-religiösen Kult 36
— Bericht aus Skandinavien 236
Fischer, I.: Priapismus als prä- und postmortales Symptom 234
Friedländer, A. A.: Seelische Behandlung und Erziehung bei körperlichen Krankheiten 110
Grailich, E.: Phobie eines Zweieinhalbjährigen 184
Gruber, G. B.: Praktische Psychologie 37
Hippokratische Lehrsätze 42
Kollarits, J.: Tuberkulose, Charakter, Handschrift 40
Kornfeld, W.: Ein Fall von Kindermißhandlung unter dem Vorwand angeblicher Nahrungsverweigerung 180

Seite

Meng, H. und H. Crichton Miller: Zwang und Strafe in Familie und Schule 179
Meyer, F. M.: Ein Traum eines Morphinkranken 231
Moncrieff, A.: Die Verbreitung der Neurose in England 236

LESEFRÜCHTE

Hoffmann, H. F.: Für den Umgang mit Kranken 239
Valéry, P.: Aus einer Rede über die Tugend 237

AKTUELLES

Schultz-Hencke, H.: Bericht über den VIII. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim vom 27. bis 30. März 1935 . . 113

RUNDFRAGE

Über Indikationen und Grenzen der Psychotherapie bei Kindern 219

REFERATE

Allgemeines 43
Spezielle Psychotherapie 48
Allgemeine und spezielle Psychotherapie 117, 240
Grenzgebiete der Psychotherapie 56, 121
Kinderpsychotherapie und Grenzgebiete 186
Autoreferat 56

PSYCHOTHERAPEUTISCHER BRIEFKASTEN

Gefahren der Übertragung 63
Analytische Krankheit 125

BRIEFKASTEN-DISKUSSION

Niedieck, O.: Ein Fall von Platzangst 125
Fuchs, G. F.: Soll der Analytiker seinen Patienten mißtrauen? 127

ORIGINALIA

Gewissenskrankheiten

Von

Dr. Wilhelm Stekel in Wien

Unter Gewissen verstehe ich die Summe aller ethischen Hemmungen, die sich zwischen Trieb und Handlung einschalten. Das Gewissen kann als eine vorbeugende Hemmung funktionieren und Handlungen verhindern, die später zu Selbstvorwürfen führen könnten.

Wenn Goethe sagt: „Der Handelnde hat kein Gewissen, nur der Betrachtende hat es", so meint er gewiß, daß während der Handlung die Stimme des Gewissens übertönt wird, daß aber die Betrachtung der Handlung diese Stimme wieder lautwerden läßt.

Wir können uns eine vergangene Zeit vorstellen, in welcher jede Triebhandlung vor sich gegangen ist, ohne nachher der Zensur des Gewissens ausgeliefert zu werden. Sicherlich gab es Urmenschen, die jedes instinktive Verlangen ausführen konnten, soferne äußere Umstände es nicht verhinderten, ohne sich nachher vorzuwerfen, daß sie die Grenzen des Erlaubten überschritten. Der Urmensch hatte ebensowenig ein böses Gewissen wie es das Raubtier hat, wenn es seine erlegte Beute verzehrt. Wir tragen alle als Erbgut die gleichen Triebe in unserer Brust, wie der Urmensch; aber diese Triebe sind unterdrückt, von der Kultur domestiziert, tief in das Unbewußte zurückgedrängt worden. Wir verhalten uns ungefähr zu dem Urmenschen wie ein gut dressierter Hund in der Wohnung seines Herrn zu einem Tiger im Urwald. Aber die Ur-Reaktionen sind nicht ertötet; sie sind nur überlagert und verdrängt und äußern sich bei den verschiedensten Gelegenheiten, nachdem die dünne Firnisschicht der Kultur gesprengt wird. „Die Bestie im Menschen" lauert sprungbereit im Dunkel unserer Seele.

So kann ich das Gewissen als die Reaktion des Kulturmenschen gegen das Vordrängen des Urmenschen bezeichnen. In jedem Menschen lebt etwas, das wir das ‚Eigene' nennen, das ihm Angeborene, das Vererbte, gegen das die Erziehung kämpfen muß. Das biogenetische Grundgesetz von Haeckel, wonach jedes Lebewesen die phylogenetische Entstehungsgeschichte der ganzen Spezies durchmacht, gilt auch für die menschliche Seele. Das Kind wird als Urmensch geboren und muß in verhältnismäßig kurzer Zeit die ganze Entwicklungsgeschichte der Menschheit durchmachen; es muß sich den Forderungen der Kultur anpassen. Das leistet die Erziehung, die die Aufgabe hat, in das ‚Eigene' des Menschen das ‚Fremde' hineinzutragen. Aber dieses Fremde, soll die Erziehung ihr Ziel erreichen, muß von uns aufgenommen, verarbeitet, geistig verdaut und unser Eigenstes werden. Diese soziale Forderung der Kultur bildet das Gewissen des Menschen. Die Erziehung überwältigt das Eigene zugunsten der

Gemeinschaft, sie erzeugt ein Gemeinschaftsgefühl. So verstehen wir das Gewissen als einen Protest des Gemeinschaftsgefühls gegen den Individualismus.

Da die ethischen Vorschriften der Gemeinschaft, die Anerkennung einer höheren Gewalt, sich in der Religion äußern, so ist das Gewissen größtenteils ein Niederschlag der Religion. Bei der höheren Spezies des Kulturmenschen gibt es aber auch ein rein ethisches Gewissen; wir übernehmen doch in unserer Entwicklung die Verpflichtung, gut zu sein und das Böse in uns zu überwinden.

Auf Grund meiner Erfahrung als Psychotherapeut kann ich behaupten, daß ein großer Teil aller nervösen Krankheiten „Gewissenskrankheiten" sind. Freilich, es ist nicht immer so einfach, die verschiedenen Maskierungen und Umformungen des Gewissens zu erkennen. Es gehört eine gewisse Routine dazu, hinter die Schliche des Gewissens zu kommen und die Schauspielernatur des Nervösen zu entlarven, der sich häufig vorspielt, er habe kein Gewissen und sich in eine scheinbar organische Krankheit flüchtet, um der Qual der Selbstvorwürfe zu entgehen. Mitunter jedoch erlebt man als Seelenarzt Ausbrüche des Gewissens, die sich mit explosiver Kraft in einem Weinkrampf äußern, der eine halbe Stunde und noch länger dauert, bis das erlösende Geständnis erfolgt.

Nie werde ich das Erlebnis mit einem an Asthma schwer leidenden Pat. vergessen, der bei mir in psychotherapeutischer Behandlung stand, nachdem er alle möglichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg durchgemacht hatte. Seine Mittel erlaubten ihm, das Klima zu wechseln und so berichtete er mir, daß er einmal drei Monate in Mallorca ohne Anfall verbracht hatte. Als er das zweite Mal hinfuhr mit dem Entschluß, dort zu bleiben, falls sich der wohltuende Einfluß des Klimas bestätigen sollte, wurde er zu seiner Überraschung gleich in der ersten Woche von einem so schweren Anfall befallen, daß er die ganze übrige Zeit zum großen Teil im Bett verbringen mußte.

Er lebte in glücklicher Ehe mit einer Frau, die ihm wegen eines Frauenleidens keine Kinder schenken konnte. Er war erfolgreich in seinem Geschäft, war immer gesund und kannte keine Beschwerden vor der Asthmaerkrankung, die vor ungefähr sechs Jahren einsetzte. Seine Träume zeigten von gewaltigen inneren Kämpfen, von einem Seelenkonflikt, dem er offenbar nicht gewachsen war. So träumte er einigemal, daß er sich in einem reißenden Strom befand; er suchte das Ufer zu erreichen, es war unmöglich, er kämpfte um Atem, versank in den Wellen und erwachte mit einem Schrei und jenem bestimmten Vorgefühl, das regelmäßig seine Asthmaanfälle einleitete.

Nach ungefähr zweiwöchentlicher Behandlung sagte ich ihm, daß er etwas auf dem Gewissen hätte. Er könnte keine Heilung erwarten, wenn er sich nicht völlig aussprechen und seelisch entlasten würde. Er bestritt energisch, mir etwas verschwiegen zu haben. Aber ich erkannte am Zittern seiner Stimme, daß er nicht die Wahrheit sprach. Ich blieb bei meiner Behauptung; plötzlich brach bei dem Pat. ein Weinkrampf aus, der fast eine Stunde dauerte und schier nicht enden wollte. Ich wußte, daß ich diese Situation nicht ungenützt verstreichen lassen durfte; die folgenden Patienten wurden mit einer Entschuldigung weggeschickt. Endlich konnte der etwas beruhigte Mann die ersten Worte finden: Er und sein bester Freund, sein Kompagnon, hatten zwei Schwestern geheiratet. Mit seiner Schwägerin, mit der Frau seines besten Freundes, hatte der fromme, charaktervolle Mann ein Verhältnis. Wiederholt hatten sich beide vorgenommen die Beziehungen aufzugeben

und fest zu bleiben, aber sie wurden immer wieder rückfällig. Kein Wunder, denn sie wohnte im selben Haus, der Schwager ein Stockwerk höher als er und die Gelegenheit war zu günstig. Mein Pat. fühlte sich als ein Verbrecher. Wiederholt rief er aus: „Ich bin ein gemeiner Schuft, ich betrüge meine Frau und meinen besten Freund!" Der erste Asthmaanfall stellte sich genau am Jahrestag des ersten Verkehrs mit seiner Schwägerin ein und auch die weiteren Asthmaanfälle zeigten, daß er einen geheimen inneren Kalender hatte, der ihm gewisse Buß- und Sühntage vorschrieb.

In einem solchen Fall war die einzige Möglichkeit der Heilung eine vollständige Trennung von dem Objekt seiner Leidenschaft. Das hat der erste anfallsfreie Aufenthalt in Mallorca erwiesen, den er nur mit seiner Frau teilte. Beim zweiten Aufenthalt war die Schwägerin mitgefahren, und die Anfälle stellten sich ein. Ich mußte ihm die Augen öffnen und ihm beweisen, daß die Unerträglichkeit der Situation mit Zentnerlast auf seinem Gewissen ruhte. Er übernahm eine Filiale seines Unternehmens, eine Tagreise weit von seinem früheren Aufenthaltsort entfernt; seine Schwägerin, die ebenfalls unter den unerlaubten Beziehungen litt, war damit einverstanden, ihn nie wieder zu sehen. Die Asthmaanfälle verschwanden. Es mögen nun 10 Jahre nach der Behandlung verstrichen sein; ich erfahre von dem Wohlergehen des Pat. immer durch andere Asthmakranke, die er mir mit warmer Empfehlung zur Behandlung schickt.

Dieser Mann war fromm. Aber es gibt einen Typus von Freidenkern, Atheisten, Monisten, Philosophen, die sich einbilden, die Religion überwunden zu haben und die doch unter dem Einfluß der religiösen Erziehung stehen und an mehr oder minder quälenden „Gewissenskrankheiten" leiden.

Sehr lehrreich ist der Fall eines indischen Arztes, der an einem sehr hartnäckigen Hautjucken erkrankte, das ihn schlaflos machte und wogegen er die Hilfe verschiedener erfahrener Hautspezialisten in Anspruch genommen hatte. Zu mir kam er, weil er über eine merkwürdige Form von Impotenz klagte, die sich jedesmal einstellte, wenn er das erste Mal mit einer Frau beisammen war. Wie manche seiner Landsleute hatte er zahlreiche Beziehungen in Wien angeknüpft und sich hier zu einem wahrhaften Don Juan ausgebildet, den allerdings seine zwei Krankheitserscheinungen störten: die fakultative Impotenz und das Hautjucken, das besonders unmittelbar nach einem Verkehr auftrat, sodaß er eine kalte Dusche anwenden mußte, um sich einigermaßen zu beruhigen.

Die Lebensgeschichte des Pat. zeigte, daß er einer frommen buddhistischen Familie entstammte und schon in seiner Jugend Mitglied eines Ordens wurde, der strengste Keuschheit als oberstes Gesetz forderte. Noch als Hochschüler lebte er rein vegetarisch nach den Vorschriften seiner Religion, und er hatte weder onaniert noch eine weibliche Person berührt. Nach der Landessitte wurde er von seinem Vater mit einem ungeliebten Mädchen aus reichem Haus verheiratet. Er wagte keinen Widerspruch zu erheben; immerhin stellt ihm der reiche Schwiegervater die Mittel zur Verfügung, sich zwei Jahre in Europa zum Spezialisten auszubilden. Er war als Arzt erfahren genug, um in der Brautnacht feststellen zu können, daß seine Frau keine Virgo war. Er traute sich nicht, ihr eine Bemerkung darüber zu machen, obwohl er zu wissen glaubte, wer sein Vorgänger war. Er wagte auch nicht, es mit seinem Vater zu besprechen; er wollte nicht die Chance verlieren, nach Wien zu kommen. In Wien änderte er sich vollkommen. Er begann

Fleisch zu essen und knüpfte die erwähnten Beziehungen mit verschiedenen Mädchen und Frauen an, was er jedoch bald mit diesem unerträglichen Jucken bezahlen mußte, das ihn zwang, sich mitunter blutig zu kratzen.

Erst als ich ihn aufmerksam machte, daß es sich um eine Gewissenskrankheit handelt, daß Schlaflosigkeit und Hautjucken verschwinden werden, wenn er die ihm eingeimpften Gebote der Keuschheit befolgen und keinen Ehebruch begehen würde, begann ihm der Zusammenhang aufzudämmern. Er brach alle Beziehungen ab, kehrte zu der vorgeschriebenen Kost zurück und siehe da: das Hautjucken verschwand vollkommen, er schlief ausgezeichnet. Auch klärte sich auf, warum er beim ersten Verkehr immer impotent war; unwillkürlich stellte sich die Assoziation zu seinem ersten Verkehr mit seiner Frau ein, zu jenem Verkehr, der ihn so schwer enttäuscht hatte und der zum Teil daran schuld war, daß er aus Haß gegen seine Frau sich so viel Freiheiten in Wien herausgenommen hatte. Nach 6 Wochen Abstinenz vollzog er einen Koitus, worauf sich das alte Jucken beider Schenkel wieder einstellte, trotzdem er die ganze Zeit rein vegetarisch lebte.

Psychologisch interessant ist die Tatsache, daß er mit dem Resultat der Behandlung sehr unzufrieden war. Er hatte von mir das Unmögliche erwartet, ich solle ihm ermöglichen, mit verschiedenen Frauen zu verkehren und seine inneren Hemmungen zu überwinden. Er wollte frei sein, wollte Europäer werden und konnte es nicht erreichen. Es war ein hartes Stück Arbeit, ihm klar zu machen, daß es eherne innere Gesetze gibt für jedes Individuum, deren Überschreitung mit schweren Leiden bezahlt wird.

Ähnlich ist ein Fall, den ich an anderer Stelle bereits geschildert habe. Eine Dame, die 7 Jahre erfolglos wegen eines Quinckeödems behandelt wurde, allen Kliniken Wiens bekannt war, bei der ich feststellen konnte, daß dieses Ödem, das an Händen, Füßen und Gesicht auftrat und die schöne Frau in eine groteske Häßlichkeit verwandelte, jedesmal auftrat, wenn sie, die verheiratete Frau, Mutter einer 17jährigen Tochter, von einem Rendezvous mit ihrem Geliebten heimkehrte, bei dem sie jedesmal zum vollen Orgasmus kam, während ihr Mann sie nicht befriedigen konnte. Nach Aufgabe der Beziehungen trat Heilung ein.

Alle diese Fälle beweisen, wie gefährlich die Lehre Freuds ist, wenn man sie einseitig auffaßt, als wenn alle seelischen Erkrankungen nur auf den Mangel sexueller Befriedigung zurückzuführen wären. In den erwähnten drei Fällen handelte es sich um vollkommenes Ausleben des Sexualtriebes und trotzdem waren schwere Erkrankungen vorhanden, während in der Abstinenzperiode, nach dem Verzicht auf die konfliktreiche Sexualbefriedigung und nach Beruhigung des Gewissens die quälenden Symptome verschwanden.

Von Bedeutung ist die Tatsache, daß die Sprache des Gewissens sich körperlich ausdrückt, was wir „Somatisation" nennen. Diese Somatisationen treten immer auf, wenn die Stimme des Gewissens unterdrückt wird und der Mensch vor sich selber Theater spielt, als könne er die ihm eng gezogenen Grenzen seines Handelns überschreiten.

Ich muß mich begnügen, einige der wichtigsten Somatisationen hier anzuführen. Vor allem können alle Sinnesorgane beteiligt sein. Kopfschmerz, Migräne, Augenflimmern, Lichtscheu bedeuten in vielen Fällen nur Gewissenskrankheiten, die geheilt werden können, wenn man den seelischen Konflikt entdeckt, der sich hinter dem Symptom verbirgt.

Eine Amerikanerin wurde mir von ihrem Vertrauensarzt gebracht, weil sie an absoluter Lichtscheu litt, sodaß sie tags nur bei vollkommen bedecktem Himmel ausgehen konnte; überdies klagte sie über verschiedene Angst- und Zwangssymptome. Aber im Vordergrund stand die Lichtscheu und die Unfähigkeit, allein zu bleiben. Sie hatte einen stattlichen Rekord an Ärzten zu verzeichnen. Sie hatte viele Analytiker aufgesucht, und bei einigen von ihnen war sie längere Zeit in Behandlung gestanden; ich war ungefähr der achtzehnte. Der sie begleitende Arzt, ein Kenner meiner Bücher, hatte sie schon vier Monate lang analysiert, ohne den geringsten Erfolg erzielt zu haben. Man kann sich vorstellen, daß es nicht angenehm ist, als 18. Arzt nochmals eine Analyse zu beginnen. Daher forderte ich die Pat. auf, mir mitzuteilen, was sie in den früheren Analysen über die Ursache ihrer Lichtscheu gelernt hatte. Solche Fragen sind meistens nutzlos, denn man erfährt sehr wenig. Immerhin wußte die Pat. zu berichten, daß die Sonne den Vater repräsentiere, daß sie wahrscheinlich die nackten Genitalien des Vaters gesehen habe und daß sie daher eine Scheu habe in die Sonne zu blicken. Übrigens war sie sehr störrisch und war mit meiner Analyse nicht zufrieden, angeblich weil ich ihr nicht Gelegenheit gab, ihre Affekte „abzureagieren". Schließlich versprach sie mir, ihre Lebensgeschichte aufzuschreiben. Sie hatte mit ungefähr 5 Jahren ihre Mutter verloren, der Vater heiratete ein zweitesmal; sie hatte einen Stiefbruder, an dem sie mit besonderer Liebe hing. Ein schreckliches traumatisches Erlebnis ihrer Kindheit war, daß sie eines Tages diesen Bruder tot in seiner Wiege fand. „Alfred ist gestorben", soll sie schreiend ausgerufen haben und lange Zeit nicht zu beruhigen gewesen sein. Hier brach die Lebensgeschichte ab, sie setzte sie nicht fort und ungefähr 3 Tage später erzählte sie mir, daß sie — sie war unglücklich verheiratet — mit einem Liebhaber eine Nacht verbracht hatte, in der sie einen schrecklichen Traum hatte, daß sie den Liebhaber erwürgt habe. Ich fragte nach dem Vornamen des Liebhabers und die Antwort lautete, wie ich erwartet hatte: Alfred! Bereits in der ersten Stunde berichtete sie mir, daß sie ein schweres Schuldgefühl habe, als wenn sie ein Verbrechen begangen hätte, sie sei sich aber keines Verbrechens bewußt. Mit diesen Worten hatte sie die Behandlung eingeleitet — es war ein halbes Geständnis. Ich konnte ihr nun sagen: „Sie haben Ihren Bruder getötet und Sie scheuen das Licht des Tages, weil die Sonne alles an den Tag bringt".

Fast 30 Jahre waren seit diesem Verbrechen, das sie als Kind begangen hat, verstrichen; viele Ärzte hatte sie befragt, und keiner war auf den Gedanken gekommen, daß es sich um die Gewissenskrankheit einer Mörderin handelte. Ich war auf eine furchtbare Reaktion gefaßt, aber es kam anders. Die Pat. sah mich mit großen Augen an und sagte: „Würden Sie mir verzeihen, wenn ich es getan habe?"

Das ist nicht der einzige Fall von Lichtscheu, den ich behandelt habe. Zahlreich sind die parapathischen Symptome von Seite des Auges, die sogar bis zur vorübergehenden Blindheit führen können.[1])

Auch das Ohr ist an den Gewissenskrankheiten beteiligt. Ich habe eine ausländische Frau behandelt, die an periodischem Ohrensausen litt, das sich zu gewissen Zeiten intensiv verstärkte, aber vollkommen verschwand, wenn sie abgelenkt war. Organisch war am Ohr nichts nachzuweisen, sodaß der Ohrenspezialist die Pat. mir zur weiteren Behandlung überwies. Sie ist die Frau eines hohen Beamten, der auch Besitzer eines Weinberges war, dessen Betreuung der Frau überlassen war.

[1]) Siehe meine Arbeit „Weltbild und Weltanschauung des Gesunden und des Seelenkranken" (Psychoanalytische Praxis. B. III, Verlag S. Hirzel, Leipzig).

Einmal hatte sie den Wein mit Hilfe eines jungen starken Bauern zu pressen, bei dieser Arbeit kamen sie in Berührung und sie wurde seine Geliebte. Ihre Angst, daß der Bauer sich im Dorf dieser Eroberung rühmen würde, war berechtigt. Aber diese Angst war nicht so groß, wie ihre Selbstvorwürfe. Denn die streng katholische Frau liebte ihren Mann und hatte keine Ursache, über ihn zu klagen. Einen heftigen Anfall von Ohrensausen erlitt sie, als sie in Wien über die Marienbrücke ging, woselbst die Mutter Gottes dargestellt ist, wie sie eine reuige Sünderin verzeihend und gütig emporhebt. Der Zusammenhang zwischen Ohrensausen und der Betrachtung dieser Statue war ihr nicht bewußt und wurde ihr erst von mir klar gemacht. Sie machte ihrem Mann das Geständnis ihres Vergehens und erhielt seine volle Verzeihung. Der betreffende Bauer sollte eine Anstellung in einem entfernten Ort erhalten. Überdies beichtete sie vor dem Priester und gelobte, ihre Leidenschaft zu überwinden und ihrem Mann eine treue Gattin zu bleiben. Noch während des Aufenthaltes in Wien verschwand das lästige Ohrensausen.

Viel komplizierter sind die Fälle von Überempfindlichkeit gegen Geräusche, von denen ich zahlreiche Beispiele geben könnte. Es ist die innere Stimme, die man nicht betäuben kann, und die nach außen projiziert als Geräusch der Straße unerträglich scheint. Vergebens suchen solche unglückliche Kranke sich gegen Geräusche zu schützen, die Ohren mit Watte zu verstopfen oder Apparate anzuwenden, welche den Gehörgang abschließen. Die innere Stimme können sie doch nicht ersticken, und schlaflos verbringen sie die Nacht, wobei sie ängstlich beobachten, ob irgend ein Geräusch trotz der vorbeugenden Mittel zu vernehmen ist. Ich führe hier nur kurz einen Fall an, der unser Interesse herausfordert:

Eine 42jährige, derzeit arbeitslose Schauspielerin klagt, daß sie das Rinnen der Wasserleitung auf dem Gang rasend mache und daß sie in steter Angst lebe, jemand könnte am Gang Wasser holen. Sie wohnt in einem alten Haus, wo die Wasserleitung sich im Gang befindet, so daß alle Bewohner sich aus derselben Leitung mit Wasser versorgen müssen. Tagsüber ist Pat. nicht zu Hause, hält sich bei einer Freundin oder Bekannten auf, kommt stets nachts nach Hause, aber immer gefoltert von der Angst, jemand könnte Wasser holen. Speziell das Rinnen und Plätschern des Wassers ist es, daß sie in maßlose Erregung versetzt und sie zum Selbstmord treibt. In der Analyse stellte sich heraus, daß diese Frau 5 artifizielle Aborte mitgemacht hatte und sich schließlich sterilisieren ließ, um ungestraft ihren sexuellen Trieb ausleben zu können. Jetzt, da sie im Alter war, in dem alle ihre Freundinnen Kinder hatten, bereute sie ihr Vorgehen. Das Plätschern des Wassers brachte eine Assoziation zur Menstruation und zu ihren Frühgeburten, ohne daß ihr diese Überempfindlichkeit als Reue ins Bewußtsein drang.

Übler Geruch in der Nase, Geschmacksstörungen, Versagen des Tast- und Wärmesinnes, können Ausdruck eines bösen Gewissens sein, ebenso Überempfindlichkeit der Haut an gewissen Partien. Unzählig sind die Fälle, in denen das böse Gewissen sich als Magenschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schluckbeschwerden, äußert.

Ein Mann, den ich wegen Unfähigkeit, feste Speisen zu schlucken, analytisch behandelte, hatte in seiner Jugend 2 Kinder, die einem Verhältnis entstammten, einer Engelmacherin übergeben, das heißt einer Frau, die die ihr übergebenen Kinder verhungern läßt. Der erste Anfall von Schluckstörung trat auf, nachdem er einen Kinderfriedhof passiert hatte.

Ich könnte diese Reihe noch vermehren, ich habe nur einige Beispiele herausgegriffen, um zu zeigen, daß parapathische Krankheiten Gewissenskrankheiten sein können und daß es sich in diesen Fällen darum handelt, die Stimme des Gewissens, die sich als Reue äußert, zu unterdrücken und sich eine Freiheit des Handelns vorzutäuschen, die in Wirklichkeit nur Spiegelfechterei ist.

Das Phänomen der Reue bedürfte ebenfalls einer eingehenden Besprechung. Die echte Reue schließt letzthin mit einem Waffenstillstand ab, in dem die Gewissensbisse durch Überkompensation zum Schweigen gebracht werden. Mitunter jedoch ist die Reue nur ein Vorwand, in lustbetonten Erinnerungen zu schwelgen. Diese Reue entspricht dann einem Zwangsgedanken, der sich immer wieder meldet, weil er von einer heimlichen Lustprämie begleitet ist.

Es ereignet sich dann der scheinbar paradoxe Fall, daß die Reue an und für sich die Ursache eines bösen Gewissens wird, als ob ein heimliches Wissen und ein gefühlsmäßiges Erkennen der Unehrlichkeit der Reue vorhanden wäre. Die einst begangene, verbotene, lustbetonte Handlung wird als quälender Vorwurf in zwanghafter Weise wiederholt, wobei Lustempfindungen als Ober- oder Untertöne mitschwingen. Schließlich gibt es auch ein böses Gewissen, weil Verbotenes (Gewissenwidriges) n i c h t begangen wurde, wie die Frau bezeugt, die sich vor dem Tod den bemerkenswerten Ausspruch leistete: „Ich bereue, daß ich nichts zu bereuen habe!"

Zum Schluß möchte ich auf einen sehr klugen Ausspruch von Sommerset M a u g h a m hinweisen, der die Macht des Gewissens wunderbar charakterisiert: „Ich sehe in dem Gewissen den Wächter, der in dem Individuum die Regeln bewacht, welche die Gemeinschaft für ihre Behauptung entwickelt hat. Es ist der Polizeimann in allen unseren Herzen, der hingestellt wurde, darüber zu wachen, daß wir die öffentlichen Gesetze nicht übertreten. Es ist der Spion, der sich in der zentralen Festung unseres Ich eingenistet hat. Unser Wunsch, die Zustimmung der Umwelt zu finden, ist so mächtig, unsere Angst vor ihrem Urteil so gewaltig, daß wir selbst den Feind in unsere Tore eingelassen haben; dort sitzt der Wächter und unermüdlich sorgt er dafür, daß kein halbbewußtes Begehren ihn verleite, aus der Herde auszubrechen. Er will ihn zwingen, die Interessen der Gemeinschaft über die eigenen zu setzen. Und wir erniedrigen uns zu Sklaven dieses Zeremonienmeisters, weil wir uns eingeredet haben, die Gesellschaft sei uns wichtiger als unser Ich. Dort thront der Gewaltige auf einem Ehrenplatz. Endlich ist man noch stolz auf sein Gewissen wie ein kriecherischer Höfling, der den Schlag des königlichen Stockes als Auszeichnung empfindet".

Diese klugen Worte sind leider sehr einseitig. Wohin käme die Menschheit, wenn es kein Gewissen gäbe? Vom sozialen Standpunkt betrachtet kann man behaupten: Das Gewissen ist der Wächter der kulturellen und ethischen Errungenschaften. Daß wir jeden Fortschritt mit Schmerzen, Rückschlägen, Krankheiten bezahlen müssen, das lehrt uns die Geschichte der Menschheit in unzähligen Beispielen. Jedoch wir Ärzte sollten die Schleichwege des Gewissens, die Gewissenskrankheiten kennen, die sich als nervöse Leiden äußern, gegen die alle chemischen Präparate machtlos sind, wenn wir den Hebel nicht dort ansetzen, wo das Leiden sitzt: an der Seele des Erkrankten.

Das Programm der Selbstgestaltung in der Psychotherapie

Von

Prof. Dr. med. et phil. Arthur Kronfeld in Berlin

Wir bringen hier als Vorabdruck einen Abschnitt eines Kapitels aus dem demnächst im Verlag für Medizin Weidmann & Co. (Wien-Leipzig-Bern) erscheinenden Werk Arthur Kronfelds: „Technik der Psychotherapie". Verfasser unterscheidet zwei Phasen in der psychotherapeutischen Arbeit: die analytische und die psychagogische. Die Psychagogik ist ein Zweig der Psychotherapie, zu dem Kronfeld Wesentliches beigesteuert hat. Das ist auch der Grund, warum wir unseren Lesern einen Teil des Kapitels: „Technik der anagogischen Psychotherapie (Psychagogik)" vorsetzen. Wenngleich wir nur einen kleinen Ausschnitt geben können, soll er doch zeigen, wie sich der Autor die seelische Selbstgestaltung des Kranken vorstellt und auf welche Weise deren Durchführung erfolgt. Im übrigen verweisen wir auf dieses inhaltlich wie formal meisterhafte und für jeden praktischen Psychotherapeuten unentbehrliche Werk. Die Schriftleitung.

Mit dem Augenblick seines Einsatzes übernimmt der Arzt auch sichtbar jene Verantwortung, die er in der analytischen Phase der Therapie immer wieder auf den Kranken zurückgeschoben hatte. Jetzt nämlich kann er dies Wagnis auf sich nehmen; kraft der Identifikation empfindet der Kranke diese Verantwortung zugleich als seine eigene. Wenn der Arzt aus dieser Position heraus etwas anregt oder fordert, so kann er sich mit psychologischem Recht darauf berufen, daß eine solche aktive Stellungnahme im Grunde die des Kranken selber sei. Die Befreiung — und die Bewährung dieser Befreiung im konkreten äußeren Leben — kann, wenn der Arzt es richtig anfängt, eigentlich nicht mehr mißlingen. Denn vor dem Mißlingen steht als Schutz die vollzogene Identifikation mit dem Arzt. Tritt aber dennoch ein Mißerfolg ein, so kann er nur entweder daran liegen, daß die innere Stellung des Arztes im Kranken noch nicht genügend fest und eindeutig ist — und dann muß wieder analysiert werden —, oder daß der Arzt es psychologisch nicht richtig gemacht hat, indem er etwa die Tragkraft der bestehenden inneren Situation im Kranken durch Art und Größe der Forderungen verhältnismäßig zu schnell oder zu stark belastet hat.

Wie man ohne besondere weitere Gefährdung die Heilung im Kranken konkret sich entwickeln lassen kann, darüber habe ich anhand meiner Erfahrungen eine Art von Programm aufgestellt. Ich will es in seinem inneren Zusammenhang kurz skizzieren, bin mir aber bewußt, daß es kaum mehr als subjektive Geltung beanspruchen darf und einer Fülle von persönlichen Variationen nicht nur

ausgesetzt ist, sondern diese geradezu benötigt. Die einzelnen Stufen und Schritte desselben setzen sich nicht scharf voneinander ab, sondern gehen fließend aus einander hervor.

Der Zeitpunkt des Beginnes für dies psychagogische Programm liegt in jener Phase der Behandlung, in welcher die zweite, die eigentlich narzißtische Widerstandsfront aufgearbeitet wird. Das Programm setzt ein mit wiederholten und immer betonteren „inneren Bilanzen" des Selbstverstehens, von denen schon zuvor die Rede war. In ihnen wird die Erweiterung und Vertiefung der Selbsterkenntnis unter einem besonderen Gesichtspunkt festgehalten, dem der Befreiung vom Zwang des Geschehenen. Das Vergangene, das Historische der eigenen inneren Lebensgeschichte ist völlig objektiviert worden. Der Erlebende steht in unabhängiger innerer Distanz dazu. Es ist „zersetzt" und dadurch seines Verbindlichkeitscharakters beraubt worden. Der Gedanke der Freiheit, des Drüberstehens, wird zum Inhalt einer gemeinsamen Überzeugungsgewißheit in dem Kranken und in dem Arzt. Ich weiß wohl, daß sich dagegen theoretische Einwände machen lassen; aber einmal halte ich sie für falsch, wie jeden Angriff auf die menschliche Freiheit; und zweitens handelt es sich für die Psychagogik überhaupt nicht um den bloß intellektuellen Akt der Anerkennung des genannten Sachverhalts, sondern um seine erlebte innere Vergegenwärtigung. In ihr erfüllt sich unsere Formel des Stärkerseins mit dem Inhalt: Stärkersein als die Vergangenheit. Dies soll als konkreter Sachverhalt, als Pfeiler der neugestalteten Selbstheit des Kranken innerlich mit Evidenz erlebt werden. Dazu ist es notwendig, daß der Kranke die historische und subjektive Bedingtheit seines Weltbildes und seines Selbstbildnisses noch einmal an sich Revue passieren läßt. Unschwer lassen sich alle intellektuellen Einwände — unabhängig von ihrem objektiven Wert — als narzißtisch bedingt nachweisen, was sie auch tatsächlich sind, und damit der analytischen Durcharbeitung zuführen. Mit der Distanz zum Historischen erlangt der Kranke die erlebte Distanz zu dem gewordenen Ich, welches nunmehr wirklich von keiner der analytisch aufgewiesenen historischen Ängste und Infantilitäten mehr in Mitleidenschaft gezogen werden kann. In dieser Bilanz des Selbstverstehens wird diese Unberührbarkeit des Selbst von jedem einzelnen der analytisch bearbeiteten historischen Momente konkret innerlich erlebt.

Gegenüber den Triebverdrängungen gibt es drei Wege der dynamischen selbstgestaltenden Eingliederung: den lächelnden Verzicht, das Ausleben, die Sublimierung. Wir versuchen es innerlich mit jedem einzelnen dieser drei Wege, teils unausgesprochen, teils ausgesprochen. Wir versuchen ganz bewußt, diese Triebe „unterzubringen". Ich kann mit Genugtuung feststellen, daß die Kranken ohne Ausnahme den Weg des Verzichts und der Sublimierung spontan vorziehen, daß sie selbst dazu Vorschläge machen, mit sich experimentieren, durch Erfolge innerlich bereichert werden — und Mißerfolge nicht tragisch nehmen. Sie sind auf das „Neue", was sie aus sich und ihrem Leben in die Zukunft hin-

einstellen wollen, genügend innerlich vorbereitet; es gibt vielleicht keine Phase in der Therapie, in welcher die ärztliche „Aktivität", die jetzt manifest anerkannt wird, so wenig zu tun hat wie diese. Die Bewährung dieser Versuche der Kranken erfolgt in der aktuellen Lebenssituation. Dieser aktuellen Situation wendet sich in der Tat, wie schon Stekel in seiner aktiven Analyse betont, das gemeinsame Interesse von Arzt und Kranken immer stärker zu. Der leitende Gesichtspunkt hierbei ist, daß der Kranke seine Haltung in der aktuellen Situation als „neu" und „selbstgeschaffen" innerlich erlebt — vorher und nachher. Aus diesem Bestehen des Lebens durch den Kranken in konkreten Aufgabesituationen gewinnt er in seiner Selbstgestaltung immer stärkere Gewißheit des Stärkerseins. Endlich und zuletzt gelangen wir zur Bewältigung der noch vorhandenen Symptome.

In der Regel hat die Mehrzahl der Symptome längst sistiert. Innerlich können sich gewisse Ängste und Zwänge wohl noch einmal melden. Daß ein Symptom urplötzlich aufhört, bloß weil eine besondere Determinante aufgedeckt worden war, dies habe ich im Gegensatz zu Stekel und seiner Schule nur selten gesehen. Wenn es geschieht, so ist es überaus eindrucksvoll, auch für die weitere Heilung. Aber man kann damit nicht rechnen. Immerhin hat sich die Bewertung der Symptome schon lange und vollständig im Kranken gewandelt. Wir laufen das Risiko ihres Auftretens — und sie sind nicht mehr, oder doch nur schattenhaft gleichgültige Leerläufe, deren Entübung vom Kranken selber mit Leichtigkeit erreicht wird. Wie groß der Eifer und die Spontaneität in diesem Punkt ist, ersah ich bei einer Kranken, einer reiferen Dame mit Eisenbahnfurcht, die in diesem Stadium von der Berliner Stadtbahn sozusagen nicht mehr fortzubringen war; den ganzen Tag fuhr sie auf der Strecke herum und hatte eine geradezu enthusiastische Freude, wie die innere Ruhe immer souveräner dabei wurde. Die Sublimierungswege werden mit genau dem gleichen Eifer begangen. Hinter all diesen Aktivitäten steht die gemeinsame Glaubensgewißheit beider Beteiligten an die neue Freiheit. Und dahinter steht der Arzt, introjiziert und zur objektivierten inneren Forderung geworden, die langsam als unnötig verblaßt.

Für diesen am schwersten darstellbaren Teil der Psychotherapie mögen zwei Beispiele wiedergegeben werden. Ein 28jähriger Nationalökonom war in meine Behandlung getreten wegen eines Exhibitionismus. Er jagte auf seinem Fahrrad umher, seine Exhibitionstendenz hatte etwas gefährliches an sich — so z. B. wenn er beim Radeln exhibitionierte, dabei einen Draht in das Glied einführte, oder eine Bougie, oder eine Blume; oder wenn er ein gefülltes Abteil der Stadtbahn oder Untergrundbahn als Ort seiner Exhibition erwählte. Er war auch schon polizeilich festgestellt und bestraft worden. Dem Symptomenbild entsprach ein abenteuerlicher, düsterer und heftiger Charakter. Er war eiskalt zu seiner Mutter (er war unehelich geboren), einer engen und prüden Kleinbürgerin, die ihn mit bewundernder Liebe verhätschelte. Er war verschlossen und mürrisch zu den Menschen seiner Umgebung. Seine menschlich hochstehende Freundin, eine Studentin, die es sich in den Kopf gesetzt hatte, ihn zu „retten", benützte er lediglich, um vor ihr zu exhibitionieren und sie dadurch zum Weinen zu bringen. Dabei war er maßlos

eifersüchtig. Einmal diktierte er ihr „5 Mark Geldstrafe und eine Ohrfeige" zu, weil sie auf einer sonntäglichen Radfahrtour nicht ausschließlich neben ihm gefahren war. Sein Schlußexamen schob er unter allen möglichen Vorwänden trotz seiner Begabung immer hinaus; während der Analyse, unmittelbar vor dem Beginn des psychagogischen Einsatzes, ging er unvermittelt und ohne Vorbereitung plötzlich hinein und bestand es durch einen Glückszufall. Er lebte aus der Tasche seiner Mutter, tat nicht viel anderes als Billard spielen und zu Haus herumnörgeln — und periodisch in geradezu dämonischer Weise seinem Trieb nachjagen.

Der Fall sah schlimm aus, und die analytische Arbeit brauchte sehr lange Zeit, um zum psychagogischen Einsatz durchzudringen. Sein Exhibitionismus erwies sich als „trotzige" Selbstwiderlegung seiner Kastrationsangst: Trotzdem ich ein Ausgestoßener bin und ihr mich alle nicht als Mann achtet, bin ich es gerade!

Sein ganzes Leben erwies sich auf zwei Grundzüge gestellt: auf den Selbstbeweis, daß er ein Stiefkind des Schicksals sei, und auf die Demonstration seiner insgeheim bezweifelten Männlichkeit, die ihn zu den abenteuerlichsten Dingen verleitete. Die Kindheitssituationen, denen diese Haltung entsprang, waren in der Tat besonders traurig und abnorm. Sie waren überdeckt von einem reaktiven Narzißmus, der sich gar nicht genug darin tun konnte, sich über die lieblose Welt zu kränken und es ihr heimzuzahlen. Es erübrigt sich, das Bild im einzelnen zu zeichnen. Hoffnungsvoll war lediglich der Umstand, daß der Kranke einer der wagemutigsten und erfolgreichsten Bergsteiger und Kletterer war, und daß er während seiner hochtouristischen Unternehmungen vom Trieb gänzlich frei blieb.

Während der Analyse agierte er seine ganze tiefe Ambivalenz — geliebt werden zu wollen und zu herrschen, zu hassen und zu verkleinern — in seiner Beziehung zu mir. Wenn er von einem Rückfall berichtete, so geschah dies im Ton geheimen Triumphes. Immer wieder zweifelte er die analytischen Ergebnisse an und entwertete sie. Erst als ich mich durch gar nichts irremachen ließ und seinen Provokationen mit unveränderter passiver Güte begegnete, wurde er gleichsam widerwillig weich. Und nun trat ein merkwürdiges Phänomen auf: Sein Exhibitionismus „zerfiel" sozusagen in drei Teile. Einmal traten in der analytischen Situation homosexuelle Phantasien und Symbolismen passiver Art auf. Er erbot sich eifrig, für mich zu arbeiten, und war enttäuscht, wenn ich ablehnte; er begann zu dritten Personen von meiner „körperlichen Kraft" und „geistigen Macht" zu schwärmen, und von dem „schönen und wuchtigen Eindruck", den ihm unsere Arbeit mache. Er brachte mir plötzlich kleine Geschenke, pflegte sich und bekam etwas Kindliches und Fügsames mir gegenüber. Seine positive Übertragung erstrebte nunmehr die „Attacke" als eine passiv-homosexuelle Lusttendenz. Zweitens traten auch gegenüber seiner Freundin masochistische Tendenzen hervor, die ihm bis dahin ferngelegen hatten. Sie hatten ein deutliches Timbre von Wollust der Strafe und Sühne. Drittens konzentrierte sich seine ganze Aggressivität auf die Mutter, die er geradezu sadistisch behandelte.

Nach der Analyse dieser ödipalen Phase, dieses Zerfalls der exhibitionistischen Tendenzen begann der psychagogische Einsatz. Er begann so unmerklich wie möglich. Nach Rücksprache mit seiner Braut riet ich ihm, er solle es wagen, seine masochistischen Tendenzen zu ihr in die Wirklichkeit umzusetzen — das sei immer noch besser als die Exhibition. Der Braut riet ich, ihr sexuelles Übergewicht dafür einzusetzen, daß der Kranke seinen Masochismus sublimiere; kraft ihrer überlegenen „strafenden" Rolle solle sie ihn der normalen Sexualität möglichst nahe bringen; zugleich solle sie ihn veranlassen zu arbeiten. Es sei vorweg gesagt, daß dieses Unternehmen zunächst ein großer Mißerfolg wurde. Der Kranke lief seiner

Braut einfach davon, belegte sie mit seinem Haß und ging zu einer anderen — übrigens wesentlich älteren — Frau über. Diese versagte sich ihm, und das weckte sein Verlangen in einem Grad, der ihn zu dem Opfer perverser Sexualbefriedigung fähig machte. Nach einer eingehenden Analyse dieses Mißlingens der Bemühungen seiner Braut, und der Motive seines Ausrückens vor ihr, kehrte er zu ihr zurück; er agierte noch eine Weile „verwundeten Stolz", aber fand sich dann mit den Forderungen seiner Braut ab; exhibitionistische Rückfälle, so oft sie drohten, wurden überwunden.

Nunmehr wagte ich den zweiten psychagogischen Einsatz. Ich forderte ihn auf, selber Sublimierungswege für seine passiv-homosexuellen Tendenzen, seinen Sadismus gegen die Mutter und seinen Masochismus zu suchen. Da er den inneren Zusammenhang dieser Phänomene voll durchschaute, gelang die Aufgabe verhältnismäßig schnell. Er wurde verbindlich und bescheiden, rücksichtsvoll und fast überhöflich — und erkannte in dieser Haltung Sublimierungen; seine achtungsvolle Einstellung zu Männern war die Sublimierung der angstfrei gewordenen passiven Vaterbindung, seine Ritterlichkeit zur Braut war die Sublimierung seines Masochismus. Die normale Sexualität glückte — unter dem lustvoll masochistischen Gedanken, es käme ausschließlich darauf an, seine Retterin zu befriedigen. Den Sadismus sublimierte er in neuen Sportleistungen und in sozialer Aktivität, die manchmal recht bissige kritische Blüten trieb. Exhibitionistische Tendenzen wurden wiederum im Bergsteigen untergebracht, vor allem aber in der Musik; er machte erstaunliche Fortschritte im Klavierspiel, welches bis zu einer fast künstlerischen Höhe gelangte. Der ganze Prozeß, den wir hier geschildert haben, seit Beginn des psychagogischen Einsatzes, dauerte über ein Jahr. Rückfälle waren gedanklich immer möglich; erst allmählich trat die gewohnheitsmäßige Anpassung an die neue Situation deutlich hervor.

Ein 44jähriger hoher Beamter eines orientalischen Staates, ein Mann von feinster Kultur und europäischer Bildung, kam in Behandlung wegen seines Asthma, welches jeglicher internistischen Behandlung getrotzt hatte. Die körperlichen Untersuchungen hatten keinerlei allergische Überempfindlichkeit, keine Herabsetzung des Blut-Kalkspiegels und keine Eosinophilie ergeben. Daher hatte sich der Kranke zu einem Versuch mit der Psychotherapie entschlossen. Es stellte sich sogleich heraus, daß das Asthma nicht das einzige Symptom war; daneben bestand eine Impotenz. Die Analyse ergab eine wichtige Beobachtung in allgemeiner Hinsicht: trotz der Rasseverschiedenheit (Mongole) und der religiösen Verschiedenheit (Buddhist) waren weder im Entwicklungsgang der Libido noch in der Art und Stärke der verdrängenden Instanzen, der Überichbildungen, noch endlich in der Art der Reaktionsbildungen auch nur die geringsten wesensmäßigen Verschiedenheiten gegenüber dem gewohnten europäischen Bilde festzustellen. Ebenso weicht die Traumsymbolik dieses fernöstlichen Menschen nicht von der des europäischen Menschen ab. Allerdings war die Passage der Ödipussituation eine andere, als wir sie sonst zu sehen pflegen; die Mutter des Kranken starb bei der Geburt, und sie war nur eine von vielen Frauen, die der Vater besaß. Der Kranke wuchs in den Frauengemächern auf, sozusagen ohne eine bestimmte Mutter, und in einer scheuen Ehrfurcht und Ferne gegenüber dem Vater, der für ihn immer etwas Unnahbares behielt. Die Folgewirkung war, daß a l l e Frauen durch diesen übermächtigen Vater mit einem Tabu belegt erschienen. Er heiratete später eine europäische Frau — also eine solche, die unter den Frauen des Vaters nicht vorkam; und er ging ohne

sexuelles Vorleben in die Ehe. Dies geschah aber nicht etwa auf Grund irgendeiner ethischen Rationalisierung, sondern es war ein Rettungsversuch aus einer schweren sexuellen Selbstbezweiflung, deren Grundlage die Kastrationsangst bildete. Diese trat in der Analyse schon früh als ein beherrschendes Moment hervor. Als ihn einer seiner Halbbrüder mit 10 oder 11 Jahren zur Onanie verleiten wollte, da erlitt er einen lange nachwirkenden Schock, weil er fürchtete, die Glans werde von dem erigiertem Glied abplatzen und zu Boden fallen. Dieses Angstgefühl wiederholte sich bei jeder Erektion und ging schnell in das spätere Asthma über. Das Symptom war also das Äquivalent einer magischen Strafangst und einer sexuellen Erregung zugleich. In der Ehe kam es nach einigen Malen erfolgreichen Verkehrs nur mehr zu einer Kameradschaft — und zu einem Ausleben der Schaulust. Der Kranke hatte eine große Befriedigung daran, seine Frau bei allen Gelegenheiten ihres intimen Lebens anzuschauen. Hinter dieser Tendenz steckte eine Fülle von Erinnerungen an das frühkindliche Leben unter den Frauen des Vaters, sowie eine Identifikation mit der versagt gebliebenen Weiblichkeit, deren Vertreterinnen die Ersatzmütter seiner frühen Kindheit gewesen waren. Die Libido hatte also neben der Konversion im Asthmaanfall noch eine tiefer regrediierende Erledigungsform in der infantilen Schaulust gefunden. Der reaktive Narzißmus äußerte sich in einer überkompensierenden Attitude starker Männlichkeit — der Kranke war in mehreren Sports aktiv und ein bedeutender Soldat —, ferner in einem großen Gefühl für Würde, deren Empfindlichkeit leicht verletzt werden konnte, endlich in einer genitalen und allgemeinen Hypochondrie, hinter der die Angst vor der magischen Strafe des Schicksals stand.

Es bedurfte einer langen eingehenden Arbeit, um dem Kranken eine Distanz zu seinem Vaterkomplex zu ermöglichen. Anfangs bestand eine intellektuell eingekleidete negative Übertragung — die analytische Arbeit stieß überall auf die Empfindlichkeit des labilen Selbstgefühls. Dann aber trat immer deutlicher die positive Übertragung heraus. Die Asthmaanfälle wurden seltener und schwächer. Nach der Reduktion der positiven Übertragung kam die Phase, in welcher der Kranke sich und sein Leiden restlos innerlich durchschaute, ohne aber damit zu erreichen, daß die Symptome aufhörten.

Nunmehr erfolgte der ärztliche Einsatz. Wenn es gelang, den Kranken so weit zu ermutigen, daß er beim Beginn des habituellen Asthmaanfalls sich Vorstellungen eigener sexueller Aktivität mit Lust hingeben könnte, so würde sich der Anfall noch im Entstehen abbremsen lassen, und der Kranke würde die körperseelische Spannung souverän in Form eines ehelichen Verkehrs ausgleichen können. Es bedurfte lediglich eines letzten symbolischen Anstoßes, auf Grund dessen die genannte Umstellung automatisch eintreten mußte. Nachdem dieser Gedankengang mit dem Kranken immer wieder durchgearbeitet worden war, gab ich ihm für den Fall, daß ein Anfall „sich melden" würde, eine Tablette Taumagen (vorher war eine Taumagenkur ohne Wirkung geblieben) — und trug ihm auf, unmittelbar nach dem Einnehmen dieser Tablette die geschilderte „freie Wandlung zur erotischen Aktivität" sofort innerlich und vorstellungsmäßig durchzuführen. Nach einigen Wochen dieser „inneren Übung" (deren Ergebnisse wir jedesmal sorgsam aufarbeiteten) setzte ich mich dafür ein, nunmehr den letzten Schritt, den in die Wirklichkeit seiner Ehe, wie etwas Selbstverständliches folgen zu lassen. Er gelang den Erwartungen gemäß vollständig. Das Gespenst des Asthmas wie der Impotenz war für immer geschwunden. Wir blieben noch etwa 6 Jahre lang in immer lockerer werdender Fühlung; die Heilung hat dauernd angehalten.

Das Simile-Gesetz in der Psychotherapie

Von

Dr. René Allendy in Paris

Zu allen Zeiten, in denen sich die Medizin zu einem vertieften Verständnis des Menschentums durchringen konnte, wurde Krankheit nicht als ein dem Organismus aufgepfropfter Fremdkörper, sondern als eine Reaktion des Organismus selbst und als ein besonderer Lebensvorgang gewertet. Die Übertreibung der Anschauungen Pasteurs bewirkte bei Wissenschaft und Volk eine Einstellung zur Krankheit als zu einem rein äußerlichen Geschehen. Betrachten wir aber die Krankheit als einen heilsamen Lebensvorgang, so folgt logischer Weise daraus, daß unsere Therapie sie fördern sollte, entsprechend dem Lehrsatz „Similia similibus curantur", anstatt ihre Heilwirkung durch Gegenmittel lahmzulegen. Bekannt ist, daß z. B. bei fieberhaften Erkrankungen Wärmebehandlung die Abwehrkräfte des Körpers anregt und anspornt. Auch hat es sich gezeigt, daß bei einer großen Zahl von Medikamenten, die als spezifisch gelten, durch eine überstarke Dosis dieselben Symptome hervorgebracht werden können, welche die allgemein übliche Dosis zu heilen berufen ist. So kann Digitalis eine Asystolie ebensowohl erzeugen wie beseitigen. Dies ist ein hippokratischer Grundsatz. Er wurde von der Homöopathie in bezug auf die Medikamente ausgebaut, läßt sich aber auch auf konstitutionelle Gegebenheiten beziehen. Als Beweis diene die Biersche Methode, die natürliche Kongestionen mittels künstlich erzeugter Überkongestionierung erfolgreich behandelt. Die Similetherapie beinhaltet eine finale Auffassung vom Leben und vom Sinn der Krankheit (deren symptomatischer Form und der Umstände ihrer Entstehung). Solche Anschauungen widerstrebten den materialistischen Tendenzen der Pasteurschen Aera; deshalb auch die leidenschaftliche und heftige Ablehnung, womit der Similetherapie begegnet wurde.

Eine ausgesprochene Krankheit ist oft besser als ein Zustand der Pseudogesundheit; ebenso wie für einen Kaufmann ein Ausgleich günstiger sein kann, als das Weiterführen eines schlechtgehenden Geschäftes. In der Tat ist die manifeste Krankheit nur eine Reaktion im Verlauf eines inneren Prozesses latenter Störung des Gleichgewichts, der ihr vorangegangen war und sie notwendig machte. Nicht deshalb bildet sich ein Furunkel, weil sich ein Staphylokokkus in einer Pore der Haut festgesetzt hat, sondern weil ein Abszess entstehen mußte, um die Leukozytose anzuregen, z. B. infolge offener Tuberkulose oder Verarmung des Körpers an organischen Salzen.

Nun gibt es Krankheiten, die ans Ziel oder wohl gar noch weit darüber hinaus gelangen. Erfolgt doch häufig nicht allein eine Heilung der akuten Symptome, sondern vollkommene Genesung auf Grund der Wiederherstellung des vordem gestörten Gleichgewichts im Allgemeinbefinden; u. zw. geschieht dies gerade als Folge besonders heftiger und intensiver Erkrankungen. In anderen

Fällen jedoch wird ein solcher therapeutischer Vorgang sozusagen nur in Angriff genommen, ohne zu gutem Ende zu führen, wodurch dann eine bedenklichere Gleichgewichtsstörung zurückbleibt als sie früher vorhanden war. Solcherart verlaufen jene Krankheiten, deren Symptome nicht akut, nicht generalisiert, besser gesagt nicht wirksam genug sind. Dies ist der Grund, warum Homöopathen bei Kongestionen die kongestionierend wirkende Belladonna verordnen, warum Militärärzte magenkranken Soldaten Ipecacuanha verabreichen, um Erbrechen herbeizuführen, endlich warum wir seit Lancereaux Nierenentzündung und Blasenkatarrh mit Kanthariden behandeln. Wie wahr ist das Wort des Hippokrates, daß dasselbe Mittel, welches echte Strangurie heilt, auch künstlich Strangurie erzeugen kann.

Hugo Schultz und Arndt haben gezeigt, daß die Reizfähigkeit eines Organs durch Zuführung spezifischer Reize erheblich gesteigert wird. Somit gelangen wir in der Homöopathie zu praktisch-empirischen, d. h. erfahrungsgemäßen Ergebnissen, welche innerhalb der Similetherapie durch Anwendung infinitesimaler Dosen erzielt wurden. Verordnung kleiner und kleinster Dosierung ist das Korrelat der Similetherapie in ihrer wirksamen Anwendung.

Wir haben hier eine Vergleichsbasis beim Übergang zu unserem eigentlichen Problem: die psychotherapeutische Verwertung der Similetherapie. Vor allem muß festgestellt werden, daß die psychische Krankheit, wie die organische, eine aufbauende Finalität besitzt, eine Tatsache, die lange nicht erkannt worden ist. In der Psychiatrie gab es keinen Hippokrates oder Paracelsus, um die Wahrheit zu verkünden. Dieses Verdienst blieb Freud vorbehalten. Um zu solchem Verständnis zu gelangen war es nötig, den intellektualistischen Standpunkt aufzugeben, von dem aus jede Neurose und jeder Wahn sinnlos erscheinen.

Das berühmte Freudwort: „Die Neurose ist das Negativ der Perversion", erschließt die tiefe Finalität des neurotischen Symptoms. Das geheimnisvolle Überich ist es, dessen Ansprüche befriedigt werden sollen, jenes Überich, das ich meinerseits eher für einen Instinkt sozialer Anpassung halten möchte, als für eine außerordentliche psychische Gegebenheit oder für eine verborgene Gottheit des materialistischen Pantheons. Das Problem eines Menschen, der eine Beute verderblicher und von der Gesellschaft verdammter Impulse ist, liegt in seiner Affektverschiebung auf ein unbedenkliches Gebiet, wo er keine feindlichen Reaktionen seiner Umgebung zu befürchten braucht. Nun kann es geschehen, daß ein Mann ganz versagt, weil er seine elementaren kriminellen Aggressionen unterdrückt hat. Der Zügel, den er seiner Mordlust gegen einen verhaßten Rivalen angelegt hat, behindert auch seine Wünsche und Strebungen auf beruflichen, intellektuellen und sonstigen Gebieten des Lebens. In anderen Fällen ist es z. B. eine Inzestschranke, die den Weg zu jeder heilsamen Aktivität versperrt.

Auf Grund dieses Übermaßes von Hemmungen und der wohlgelungenen

Neutralisierung blieb der soziale Sinn der Neurose lange Zeit hindurch verborgen. Seitdem wir die psychoanalytische Methode besitzen, wissen wir, daß ein sozialer Sinn der Neurose immer innewohnt, u. zw. in demselben Maß, in dem das Überich eine Anpassung an die Umweltsbedingungen erheischt.

Ein Patient litt an einer Phobie, die 18 Pariser Bezirke zum Gegenstand hatte, so daß er nur in den beiden übrigen leben und sich frei bewegen konnte. In diesem Symptom bestand seine Krankheit. Die Analyse brachte einen vorher unerwähnt gebliebenen Umstand zutage; dieser Phobie war eine andere vorangegangen, eine Kunstblumenphobie. Die Bezirksphobie war in der Weise für die Kunstblumenphobie eingetreten, daß Pat. nunmehr jene Bezirke meiden mußte, wo er Kunstblumenläden kannte. Die Analyse ergab, daß die Frau des älteren Bruders Kunstblumen erzeugte und im Pat. Gefühle erregte, die er verdrängen mußte. Eine Szene, die ihm der Bruder wegen seines Verhaltens machte, spielte sich inmitten der Kunstblumen ab. Aus der Verkettung dieser Beziehungen zwischen Bezirken, Kunstblumen und Schwägerin erhellte der Sinn der Phobie: Vermeidung von Streit mit dem Bruder. Doch mußte die überstarke Angstentwicklung in bezug auf diese Konflikte noch erklärt werden. Da zeigte es sich nun, daß die Schwägerin den gleichen Vornamen hatte wie die Mutter des Pat., der sie auch ähnlich sah. Die Verführung, die von ihr ausging, bedeutete also eine Wiederholung intensiver Inzestgefühle, die Pat. für seine Mutter gehabt hatte. So ergab sich schließlich eine Gleichsetzung im folgenden Sinn: Bezirke = Mutterinzest. Die seelische Erkrankung erschien somit als ein mächtiger Eliminierungsversuch in mehreren Etappen, deren jede aber unzulänglich war. Die Mutter durch die Schwägerin ersetzen, hieß zu einem geringeren Übel greifen; es war wie eine erste unvollkommene Genesung, eine Art Metastasierung, die aber nicht ausreichte und ihrerseits kompensiert werden mußte. Der weitere Ersatz des Doppelbildes von Mutter und Schwägerin durch die Kunstblumen war schon eine beruhigendere Lösung vom Standpunkt der familiären Komplikationen aus. Die ursprünglichen inzestuösen Strebungen waren nun gänzlich verschoben und durch Desexualisierung neutralisiert. Die Verhütung der primären Gefahr war erreicht, aber nur um aus der Charybdis des Inzestes in die Szylla einer Neurose zu verfallen. Nun aber beinhaltete die Scheu vor Kunstblumen doch noch eine Anspielung, die verstanden werden konnte, der Konflikt mußte also noch besser maskiert werden, um jedem Skandal mit Sicherheit auszuweichen. So wurden die Bezirke den Kunstblumen substituiert, um die verdrängten Affekte ganz unkenntlich und unverständlich zu machen. Allerdings brachte dieser Fortschritt in der Affektverschiebung neue Schwierigkeiten. Der Zwang, so viele Stadtteile zu meiden, war von unangenehmeren Folgen im Alltagsleben begleitet als die seinerzeitige Angst vor Kunstblumen.

Alles in allem: je neurotischer unser Pat. wurde, desto mehr traten seine inzestuösen Konflikte zurück. Krankheit auf der einen, bedeutete Besserung auf der anderen Seite. Jede weitere Metastase verringert die Ausgangsgefahr, ist aber verbunden mit Funktionsstörungen und mit neuen Gefahren. Nicht anders ist es, wenn der arteriosklerotische Anfall eines Tuberkulösen den kavernösen Prozeß günstig beeinflußt, aber um den Preis neuer Beschwerden. Ist auch die Sklerose der Lunge selbst eine schwere Krankheit, so heilt durch sie doch die frühere und schwerere Krankheit: die Tuberkulose. Die Phobie unseres Pat. überwand seinen Inzestwunsch. Wir finden somit die gleiche Finalität bei Phobie und Sklerose: Beide dienen, so unerfreulich sie sich auch gestalten mögen, den gleichen Zielen der Abwehr und der finalen Anpassung. Die Zweckhaftigkeit der neurotischen Erkrankung tritt daraus deutlich hervor.

Die Symptome des Neurotikers gehören der affektiven Sphäre der Angst oder des Verlangens an. In jenen Fällen, wo die Verstandeskontrolle versagt, der Wirklichkeitssinn nachläßt, die Vernunft untergeht in der Flut der Phantasiebilder und die geistige Einheit unter dem Ansturm der Assoziationen, Sensationen und triebhaften Vorgänge zerbricht — in solchen Fällen kommt es zu Verwirrtheitszuständen. Die Psychose unterscheidet sich von der Neurose nur durch die Strenge der Verstandeskontrolle bei letzterer, ist aber selbst auch zielgerichtet. Immer handelt es sich um einen schmerzlichen Konflikt und seine Verschiebung, so daß Wahnvorstellungen Tür und Tor geöffnet wird und sie als Realitäten behandelt werden. Die Frau, die eine lebende Kröte im Bauch zu haben meint, verschiebt einen Abortus- und Schwangerschaftskonflikt. Der Paranoiker, der sich verfolgt glaubt, neutralisiert seine asozialen und kriminellen Tendenzen durch Umkehrung, die hier als eine Art Metastase imponiert. Er projiziert auf seinen Rivalen, den er umbringen möchte, die eigenen Mordwünsche; es ist richtig, daß die Situation des Opfers eine soziale Anpassung der Situation des Mörders bedeutet. Es ist Heilung, wenngleich unvollkommene Heilung. Die Psychoanalyse hat beim Paranoiker eine starke homosexuelle Komponente festgestellt, was aber meinen Ergebnissen nicht widerspricht. Die Paranoia stellt eine unvollkommene Heilung krimineller und homosexueller Tendenzen dar.

Kehren wir zu unserer Bezirksphobie zurück. Sollen wir mit Gegenmaßnahmen jenes Symptom bekämpfen, worin wir eine Art Selbstschutz gegen Schlimmeres erkennen konnten? Werden wir den Patienten zu verzweifelten Anstrengungen ermahnen, die gefürchteten Bezirke dennoch zu betreten? Geleiten wir ihn an der Hand in jene verpönten Stadtteile, glücklich über jeden Schritt, den wir nach Stunden der Qual zu erzwingen vermögen? Sehen wir es denn nicht, daß wir auf diesem Weg einem verzweifelten Widerstand begegnen müssen, da wir nichts Geringeres unternehmen als den Abbau eines vitalen Abwehrprozesses? Wollen wir die Bezirksphobie so behandeln, als steckte nicht mehr dahinter und als wäre tatsächlich das Symptom auch die Krankheit? Sollte aber ein Wunder geschehen und die Bezirksphobie dennoch verschwinden, was dann? Wie kann der Pat. in seinem unbewußten Konflikt und seiner dumpfen Angst einen Halt finden? Dürfen wir ihn in jenem schwebenden Angstzustand belassen, der die ärgste aller Qualen ist? Oder soll es zu einer neuen Phobie kommen, von der wir nicht wissen, ob sie nicht noch größere soziale Unannehmlichkeiten als die vorige im Gefolge haben mag? Ein derartiges therapeutisches Ideal ist ebenso mangelhaft in der Theorie, wie von Mißerfolg bedroht.

Die Similetherapie hat mit der Ursache der Phobie zu rechnen, d. h. mit der Tatsache, daß Pat. seine Inzestwünsche nie zu überwinden vermochte. Er war nicht stark und nicht bewußt genug, die Haltung eines Menschen einzunehmen, der weiß, daß seine Sehnsucht unerfüllbar ist. Mit der primären infantilen Krankheit, die auf Grund des Konfliktes zwischen seinen Trieben und den sozialen und moralischen Hemmungen entstand, konnte er nie frisch, fröhlich und mutig werden: Nicht etwa um zum Ziel seiner Wünsche zu gelangen, was eine Regression gewesen wäre, sondern um diesem Verlangen bewußt und mit Willen zu entsagen. Anstatt dessen entstand jenes chronische Zögern, welches eine Abbröckelung des Konfliktes nur auf Grund sukzessiver Metastasen erlaubte, aber nie zur Überwindung führen konnte.

Der Arzt hat die Aufgabe, den primären Konflikt wieder zu beleben, um ein für alle Mal eine Lösung herbeizuführen. Alle disponiblen Kräfte des Patienten haben wachgerufen und auf einen schmerzhaften Punkt gelenkt zu werden. So müssen alle Phasen des Konfliktes bewußt und zielgerecht wiedererlebt werden; ebenso wie die homöopathische Kur durch Reizmittel die Symptome verstärkt. Die Therapie der Kontraria hingegen würde sich durch Anwendung beschwichtigender und besänftigender Suggestionen vom Zentrum der Krankheit entfernen: „Sie leiden nicht mehr. Sie fürchten sich vor nichts . . ." Die Psychoanalyse aber, als echte Similemethode, führt den Kranken mitten hinein ins Zentrum seiner Konflikte, denen er immer auswich. Im Fall unseres Phobikers müßte ihm zunächst die Leidenschaft für die Schwägerin bewußt gemacht werden, und erst wenn er hier zum Verzicht fähig, also geheilt ist, darf das inzestuöse Problem angeschnitten werden. Er muß die infantilen Affekte wiederholen, um nicht länger von ihnen beherrscht zu werden, sondern um sie beherrschen zu lernen. Was sich im Dunkel der Kinderjahre abspielte, was sozusagen unverdaulich blieb, das soll sich nun im hellen Tageslicht mit aller Kraft durchsetzen. Die psychoanalytische Methode entspricht restlos diesen Anforderungen.

Man darf nicht vor dem Leiden zurückschrecken, welches ein affektives Problem einem Menschen bereitet, sondern muß es hervorrufen, damit es besiegt werden kann. Nur fragen wir uns, auf welche Weise es denn möglich sein soll, einen längstvergangenen Seelenzustand neu zu beleben, der sich in einem verschwundenen Rahmen abspielte, unter Menschen und Dingen, die entweder gar nicht mehr existieren oder nur in einer durch die Zeit wesentlich veränderten Form. Derartige Wiederholungen veralteter Zustände gibt es freilich im Organischen auch. Z. B. gemahnt eine kleine Bronchitis beim Abklingen eines Rheumatismus an die vorhergegangene mehr oder minder schwere Tuberkulose, wovon der Rheumatismus vielleicht nur eine Metastase oder ein Äquivalent war. Solcherart besitzt auch die Psyche die Fähigkeit zur Wiederholung, indem sie mit Hilfe aktueller Umstände das seinerzeitige affektive Schema und die daraus folgenden Verkettungen reproduziert. Darin besteht das Phänomen der Übertragung.

Im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung vermag der Phobiker sozusagen den Rückweg durch seine Metastasen anzutreten. Wie er seinerzeit die schuldbeladene Liebe zur Schwägerin durch die Bezirksphobie ersetzte, so kann nun diese Angst aufhören, wenn an ihre Stelle das erotische Interesse für ein Objekt tritt, das ihm gleichfalls unerreichbar bleiben müßte, z. B. die Frau seines Chefs. Somit wäre dann, gewissermaßen in einer Umkehr, die Phase des sexuellen Interesses wiedererstanden.

Die Natur selbst vollbringt Heilungen nach Art der Similetherapie. Wenn der Neurotiker im Lauf seines Lebens dieselbe Situation endlos wiederholt, so geschieht es in der Absicht, ihrer endlich Herr zu werden; trotzdem er jedes Mal versagt und nur immer Mißerfolge erntet. Er macht es wie der Artist, der eine mißlungene Übung immer wieder von neuem probiert. Jedoch besteht gerade darin die Kunst

des Therapeuten, die kritische Situation in so verringertem Ausmaß, so vereinfachter Form und so verminderter Affektspannung wachzurufen, daß die Lösung möglich wird. Verliebt sich der Patient z. B. in eine gefeierte Schauspielerin, die er auf der Bühne sieht, so wird sein Affekt voraussichtlich weniger stark sein, als bei der Frau des Bruders. Auch dürften diese nur in der Phantasie erlebte Leidenschaft geringere Schuldgefühle begleiten, weil auch die Erfolgsmöglichkeit ferner liegt. Ein solcher Umstand kann dazu führen, die richtige Gefühlshaltung zu finden, wodurch eine Heilung erzielt wird. Hier zeigt sich uns das Korrelat der Simil therapie: die Infinitesimalität in der Psychotherapie.

Es scheint ein Fehlgriff zu sein, von Infinitesimalität auf einem Gebiet wie die Affektsphäre zu sprechen, wo es keine Maße und Gewichte gibt. Doch kommt es hier, wie auch in der Homöopathie, nicht auf eine Gewichtsskala an, sondern auf genaue Entsprechung der kritischen Situation gegenüber, aber in außerordentlich verkleinertem Ausmaß. Das therapeutische Werk gewinnt so geradezu magischen Charakter. Es ist wunderbar, daß der Patient, auf Grund seines Bekenntnisses der Liebe zu seiner Schwägerin und seines Verzichtes auf sie, von allen auf dem Ödipuskomplex beruhenden Schuldgefühlen geheilt werden kann und alle Qual aus Kinderzeiten von ihm abfällt. Nicht minder erstaunlich ist es, daß eine Rippenfellentzündung durch Injektion nur weniger Tropfen einer bestimmten Flüssigkeit kuriert wird, Obstipation aber durch Opiumpillen in 600facher Verdünnung. Da wie dort handelt es sich um Similetherapie.

Die Übertragung, die ein der Similetherapie besonders entsprechender Vorgang ist, zeigt oft einen geradezu infinitesimalen Charakter.

Ein interessantes Beispiel sind zwei Schwestern, die aus der Provinz zur psychoanalytischen Behandlung kamen. Eines Tages sollte die Ältere um 3 Uhr in die Ordination kommen, die Jüngere um 4 Uhr. Diese aber irrte sich und erschien schon um 2 Uhr bei mir; so erfüllte sie ihren Wunsch, nicht immer die Zweite zu sein, der sie schon in der Kindheit gequält hatte. Nun übertrug sie auf die ärztliche Behandlung ihre unbewußte Eifersucht auf die Schwester. Hier aber waren Emotionen, Interesse, Affekte so geringfügig im Vergleich zur seinerzeitigen kindlichen Rivalität, daß die Eifersucht ohne weiteres überwunden werden konnte, sobald die Analyse sie bewußt gemacht hatte. Diesen Fall der Überwindung einer typischen Eifersucht auf Grund eines unbedeutenden Anlasses, erwähne ich nur deshalb, weil die Patientin sogleich große Erleichterung empfand und die schwesterlichen Beziehungen sich daraufhin offener und herzlicher gestalteten. Es handelt sich also nicht (wie vielleicht Salonskeptiker einwenden möchten) um eine phantastische Auslegung des Analytikers auf Grund eines bloßen Zufalls, sondern um eine positive klinische Gegebenheit, deren Wert sich durch unmittelbare und greifbare Folgen erwies. Praktisch wirkt das Zurechtbiegen der Affekte durch die Analyse wie ein Ferment: Kaum hat das Wesen den Samen einer neuen Haltung empfangen, sei es auch in infinitesimaler Dosierung, so beginnt die ganze Persönlichkeit sich zu ändern und die schwersten Gefühlsprobleme lassen ihre Lösung ahnen.

Man könnte unzählige Beispiele bringen: In der psychoanalytischen Kasuistik häufen sich die Fälle von Übertragung, die ihr wesentlich sind, wie der Homöopathie die Reaktion auf kleine und kleinste Dosen der Similetherapie.

Doch ist der Zweck der vorliegenden Arbeit lediglich der Hinweis auf ein Forschungsproblem, das Manche der Vertiefung wert dünken dürfte und das ergiebig zu sein verspricht: Vollkommener Parallelismus der Homöopathie und der Psychoanalyse auf der doppelten Basis des Simile-Gesetzes und der Infinitesimalität.[1])

MITTEILUNGEN

Ein Gutachten in einer Alimentationsklage gegen einen Impotenten

Von Dr. H. March in Berlin

Auf Ersuchen des Herrn F. D., geb. den 25. VII. 78, erstatte ich hiermit folgendes fachärztliche Gutachten, welches sich auf die Aussagen des Herrn D. und die durch mich vorgenommene fachärztliche Untersuchung desselben stützt. Außerdem hat mir das Sachverständigen-Gutachten des Herrn Dr. med. N. zur gleichen Sache vorgelegen.

Es soll die Frage beantwortet werden, ob im August 1933 zwischen dem 55 j. Herrn D. und einer Frau Sch. mit großer Wahrscheinlichkeit ein geschlechtlicher Verkehr stattgefunden haben kann, der zu einer Schwängerung führte. Frau Sch. wurde am 6. März 1934 von einem weiblichen Kind entbunden und erhob darauf gegen Herrn D. die Alimentenklage. Herr D. behauptet demgegenüber, daß er nicht als Kindesvater in Betracht komme, da er schon seit langen Jahren im sexuellen Verkehr mit einer Frau impotent sei.

Ich gehe bei der Abfassung meines Gutachtens von der Erfahrungstatsache aus, daß eine gutachtliche Entscheidung dieser Frage nicht lediglich auf Grund einer körperlichen Untersuchung des Herrn D. zu treffen ist, nachdem bei ihm ein organisches Nervenleiden ausgeschlossen war. Bleibt nur der Versuch einer Klärung auf psychologischem Weg. Voraussetzung zu einer solchen aber ist eine umfassendere Einsicht in die Umweltstruktur und -einflüsse, die schon in der frühen Kindheit auf den Beklagten eingewirkt haben und hier eventuell die seelischen Voraussetzungen für eine spätere seelische Impotenz geschaffen haben können.

D. gibt zu seiner Vorgeschichte an: Sein Vater habe bis in die Ehe hinein stark getrunken und sei sehr jähzornig gewesen. Als Jüngster von 5 lebenden Geschwistern habe er bereits in frühester Kindheit wiederholt schwere Erregungszustände des Vaters als Augenzeuge miterlebt, in denen der Vater Geschirr und Wohnungsbestandteile zertrümmerte, in sinnloser Wut die älteren Geschwister aufs rücksichtsloseste schlug, die Mutter beschimpfte u. dgl. m. Die Mutter sei zum Unterschied vom Vater eine etwas schwächliche, weiche Frau gewesen, die bei jeder Kleinigkeit in Tränen ausbrach. Doch habe sie sich stets rührend für die Kinder

[1]) Aus dem Französischen übersetzt von Lore Brüll-Neuda, Wien.

einzusetzen versucht, um sie vor den Mißhandlungen des Vaters zu schützen. Oft habe D. miterlebt, wie die Mutter abends im Bett vor sich hin geschluchzt habe, da er noch bis zur Schulzeit mit Vater und Mutter zusammen geschlafen habe. Dabei wären im elterlichen Haus streng kirchlich-religiöse Sitten eingehalten worden, mit regelmäßigem Tischgebet, sonntäglichem Kirchgang etc. Die Eindrücke, die er von dem jähzornigen, brutalen Vater empfangen habe, hätten ihn schon in früher Kindheit sehr verschüchtert, sodaß er ein äußerst ängstliches, „braves" Kind gewesen sei. Vor fremden Leuten habe er genau soviel Angst gehabt wie vor dem Vater. In der Dunkelheit habe er bis in sein 20. Lj. hinein hochgradige Angst gehabt. Noch als Lehrling sei er aus diesem Grund bei eintretender Dunkelheit von der Mutter mit einer Laterne von seiner Lehrstelle abgeholt worden. Zur Mutter habe er stets „wie zu einem höheren Wesen", „wie zu etwas Hehrem" aufgeblickt, doch habe er auch zu ihr nie ein warmes kindliches Vertrauen fassen können, weil er auch ihr gegenüber durch Angst gehemmt gewesen sei.

Von den Geschwistern habe er nur zu dem ältesten Bruder ein nahes Verhältnis gehabt. Als der Bruder in die Fremde gezogen sei, habe D. die bittersten Tränen vergossen. Zu der ältesten Schwester habe D. sich wie zu einem mütterlichen Menschen hingezogen gefühlt.

In der Schule sei er ein mittelmäßiger Schüler gewesen. Den Lehrern sei er mit ähnlicher Scheu begegnet wie dem Vater. Von seinen Schulkameraden sei D. wegen seines schüchternen Wesens viel gehänselt worden. Noch bis zum heutigen Tag habe er Furcht vor Tieren; Hunden und Pferden gehe er auch heute noch aus dem Weg.

Zu seiner sexuellen Entwicklung gibt D. an, er habe zuhause keine sexuelle Aufklärung erhalten. An kindliche sexuelle Erlebnisse habe er keine Erinnerung. Nur habe er schon frühzeitig eine Abneigung gegen die Küsse seiner Tante empfunden, während er Küsse und Zärtlichkeiten von Männern nicht ohne eine gewisse Freude erlebte. Als seine erste bewußte Begegnung mit der Sexualität berichtet D. eine onanistische „Verführung" im 15. Lj. durch einen älteren Lehrling. Er habe dann etwa 1½ Jahre hindurch mit diesem mutuell onaniert. Nach den einzelnen onanistischen Akten habe er stets schwere Schuldgefühle empfunden, weil er aus seiner überkommenen religiösen Anschauungswelt heraus dieses Tun als Sünde betrachtet habe. Doch habe er nicht mehr davon lassen können. Im weiteren sei es zwischen ihm und dem Lehrling auch zu ausgesprochenen homosexuellen Handlungen gekommen.

Als dieser Partner später fortgezogen sei, habe D. in der ersten Zeit diesen Verlust schwer empfunden. Er habe unter der plötzlich von ihm geforderten Abstinenz schwer gelitten. Die quälenden sexuellen Spannungen hätten ihn dann darauf gebracht, für sich allein zu onanieren. Lange Zeit habe er mehrmals am Tag onaniert. In der Phantasie habe er sich dabei seinen bisherigen Partner und die verschiedenen erotischen Situationen mit ihm vorgestellt.

Mancherlei neurasthenischer Beschwerden wegen hätte er 1907 einen Arzt aufgesucht, der ihm den Rat erteilte, auf jeden Fall die Onanie aufzugeben, weil ihm andernfalls „Rückenmarkschwund" drohe. Weiter habe ihm der Arzt empfohlen, zu heiraten. Doch habe er Frauen gegenüber die stärkste Schüchternheit empfunden. Um aber doch von der gefürchteten Onanie loszukommen, hätte er schließlich eine Prostituierte aufgesucht. Beim Anblick ihres nackten Körpers sei er nur sehr stark gehemmt und schüchtern gewesen. Es sei zu keiner spontanen Erektion gekommen. Das Mädchen habe ihn erst masturbieren müssen, um dann das Membrun in die Vagina einzuführen. Bei diesem ersten „Koitus" habe er sich mit

einem Tripper infiziert, wodurch seine Scheu und Zurückhaltung der Frau gegenüber nicht unerheblich verstärkt worden sei.

Nun habe er von neuem angefangen zu masturbieren, wieder mit schweren Schuldgefühlen. Auf alle Weise habe er einen verzweifelten Onanieabwehrkampf aufgenommen, zu diesem Zweck mancherlei Gelübde auf sich genommen, doch ohne Erfolg. Jeder Rückfall habe ihn immer mehr entmutigt. Dabei sei in seinen Onaniephantasien immer das Bild seines ersten homosexuellen Freundes aufgetaucht. Später wären dann andere Männer in seinen Phantasien an die Stelle des Freundes getreten.

Um auf jeden Fall von der Onanie loszukommen, habe er schließlich geheiratet. Er habe sich zu seiner späteren Gattin hingezogen gefühlt, weil sie in ihrem Wesen starke mütterliche Züge aufgewiesen habe. Er habe ihr vor Eingehen der Ehe gestanden, daß er bis dahin masturbiert habe, worauf sie zunächst überrascht gewesen sei, ihm dann jedoch das Versprechen abgenommen habe, die Onanie aufzugeben. Auch in der Ehe sei es niemals zu spontanen Erektionen gekommen. Stets habe er vorher das Glied manuell reizen müssen. Es sei auch meistens zu einer Ejaculatio praecox gekommen. Als seine Frau im Verlauf der Ehe gleichwohl wiederholt schwanger wurde (4 Kinder) habe er zunächst den Verdacht gehabt, daß diese Kinder nicht von ihm sein könnten. In seinem Mißtrauen habe er damals einen Arzt aufgesucht, der ihn auf die Möglichkeit hingewiesen habe, daß seine Frau den Samen, der am äußeren Genitale haften geblieben sei, durch Nachwischen mit der Hand in die Scheide hineingebracht habe. Im weiteren Verlauf der Ehe habe der Anreiz zu sexuellen Beziehungen mit seiner Frau immer mehr nachgelassen; nun habe er wieder vermehrt onaniert. Übrigens habe er während seiner ganzen Ehe nie die Onanie ganz gelassen. Seit 2 Jahren habe er keinen sexuellen Verkehr mehr mit seiner Frau versucht.

Vor 2¾ Jahren habe er noch einmal den Versuch gemacht, mit einer jüngeren Witwe einen Koitus auszuführen. Einzig und allein die Frage „ob seine Männlichkeit wirklich vollständig dahin sei?" habe ihn dazu bewogen. Auch bei dieser Gelegenheit habe er in gewohnter Weise versuchen wollen, die Erektion durch manuelle Friktionen herbeizuführen, worauf er von der Frau verhöhnt worden sei, sodaß er beschämt fluchtartig das Zimmer verlassen habe. Seine Scheu und Abneigung gegen die Frauen sei durch dieses Erlebnis nur erneut vertieft worden.

Anfang 1933 habe er in seinem Geschäft (Gastwirtschaft) Frau Sch. kennengelernt. Diese hätte sich herausfordernd aufgeführt und auch ihn eines Tages verleitet, mit ihr „Dummheiten" zu machen. Er sei auf diese Gelegenheit eingegangen, in der stillen Hoffnung, es könnte sich doch seine Potenz zeigen. Aber wieder sei es zu keiner Erektion gekommen. Daraufhin habe ihn Frau Sch. aufgefordert, sie durch Kunnilingus zu befriedigen. Er sei — wenn auch unter Überwindung eines Ekels — auf diese Bitte eingegangen. In der Folgezeit habe Frau Sch. ihn mit zahlreichen Briefen bombardiert, obwohl er ihr nicht die mindeste Handhabe für derartige Werbungen geboten habe. Im Gegenteil habe er Frau Sch. in seinem Lokal wegen ihres anstößigen Gebarens zurechtweisen müssen. Auf jeden Fall habe er keine intimeren Beziehungen mit Frau Sch. gehabt. Nur beiläufig hätte er im Juni 1933 davon gehört, daß Frau Sch. wieder schwanger sei.

Im August 1933 hätte er sich durch unvorhergesehene Umstände plötzlich vor die Notwendigkeit gestellt gesehen, seine Gastwirtschaft aufgeben zu müssen. Über diese Tatsache sei er völlig verzweifelt gewesen. In dieser Stimmung sei er dann noch einmal ohne die geringste innere Beteiligung mit Frau Sch. zusammengewesen. Es sei auch diesmal, wie immer, zu keiner Erektion, auch zu keiner Eja-

kulation gekommen, so daß er dann mit innerer Abwehr und Ekelempfindungen Kunnilingus habe üben müssen. Frau Sch. gibt nun an, daß es bei diesem Zusammensein im August 1933 doch zu einem regelrechten Koitus und zur Schwängerung durch D. gekommen sei, die dann zur Geburt am 6. III. 1934 geführt habe.

Über sein Verhältnis zu anderen Menschen gibt er an, daß er durch den Anblick von Männern, insbesondere in Sport- und Badekostümen, ausgesprochen angezogen werde. Gelegentlich sei er in Bedürfnisanstalten durch den Anblick der entblößten männlichen Genitalien erregt und angenehm berührt worden. Der Anblick von männlichen Aktbildern und Plastiken habe ihn bis heute angezogen, während ihn weibliche Aktbilder kalt ließen. Im täglichen Verkehr sei er dem Mann gegenüber nachgiebig, Frauen gegenüber dagegen immer streitsüchtig. —

Herr D. machte die obigen Angaben freundlich und bereitwillig, im wesentlichen spontan, so daß ich in der Hauptsache das Material nur ein wenig ordnen mußte. Es wurden von mir bewußt nach Möglichkeit Suggestivfragen oder eine suggestivtendenziöse Führung in einer Richtung vermieden. Ich möchte dies meinen folgenden Schlußfolgerungen ausdrücklich vorausgeschickt haben.

Herr Dr. med. N. kommt in seinem Sachverständigen-Gutachten zu dem Ergebnis, daß die körperliche Untersuchung des D. „nichts ergeben habe, was als Stütze der Behauptung des D., er sei impotent, hätte dienen können". Darauf ist zu erwidern, daß der größte Teil der Impotenzfälle erfahrungsgemäß organisch ohne den geringsten pathologischen Befund zu sein pflegt, da die Impotenz zumeist s e e l i s c h bedingt ist.

Gegen die Annahme einer „ungewöhnlichen seelischen Veranlagung" meint Dr. N. als ausreichenden Beleg anführen zu können, daß „aus der seit 26 Jahren bestehenden Ehe des D. 4 Kinder hervorgegangen" seien. Durch diesen Hinweis ist ebenfalls nicht das Geringste gegen das Bestehen einer seelischen Abartigkeit erwiesen. Unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, wie sie uns aus der im Vorangehenden nur skizzenhaft fixierten Lebensgeschichte entgegentritt, scheint vielmehr die Erklärung des seinerzeit von D. zu dieser Sache befragten Arztes die größere Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, daß es sich hier um Befruchtungen einer leicht empfänglichen Frau trotz Ejaculatio ante portas gehandelt hat.

Dr. N. meint in der Tatsache, daß D. in der Jugend übermäßig onaniert habe, einen „Beweis" gegen die Annahme einer Impotenz sehen zu können. Dem ist entgegen zu halten, daß erfahrungsgemäß „ein sehr reger und frühzeitiger Geschlechtstrieb" nicht als Hinweis oder Maßstab für die spätere Potenz eines Menschen zu verwerten ist. Intensiv geübte Onanie ist im Gegenteil meistens bereits Ausdruck einer seelischen Entwicklungsstörung, einer durch ungünstige Milieu- und Erziehungseinflüsse bewirkten seelischen Hemmung, zu den Objekten der Umwelt normale Gefühlsbeziehungen zu finden. Im Fall des D. sind Einschüchterungserlebnisse und Hemmungsfaktoren in der Gestalt des brutalen Vaters ohne weiteres aufweisbar. Es ist anzunehmen, daß noch andere ähnliche Faktoren auf D. im gleichen Sinn eingewirkt haben.

Dr. N. weist darauf hin, daß es „ein populäres Ammenmärchen und wissenschaftlich nicht vertretbar" sei, daß durch Onanie Impotenz herbeigeführt werde. Hierin ist Dr. N. beizupflichten. Es ist aber vielfältig erwiesen, daß Impotenz auf dem Boden von Onanie-Schuldgefühlen und mit Onanie verbundener Strafangst erwächst. In der Lebensgeschichte des D. finden wir mehrfach Äußerungen, die darauf hinweisen, daß bei ihm in Verbindung mit der Onanie lebhafte, religiös

gefärbte Schuldgefühle bestanden haben. Sehr denkbar ist, daß der Hinweis des konsultierten Arztes auf die Möglichkeit eines „Rückenmarkschwundes" als Onaniefolge und das seiner Frau vor der Ehe geleistete, aber nicht eingehaltete Versprechen, in der Ehe nicht mehr zu onanieren, nur vermehrt Schuldgefühle und Angst vor den Onaniefolgen erzeugten.

Dr. N. meint aus der Tatsache, daß D., nachdem er in der Ehe keinen geschlechtlichen Verkehr mehr ausgeübt habe, sich aber statt dessen anderen Frauen erotisch zugewandt habe, folgern zu können, daß D. im Vergleich zu seiner Frau offenbar der geschlechtlich aktivere Teil gewesen sein müsse. Ich weise nur auf die spontan von D. mitgeteilten Motive für dies sein Verhalten hin, er habe mit diesen Beziehungen im Stillen immer noch einmal gehofft, vielleicht mit einer jüngeren Frau das Bestehen seiner Potenz zu erleben, ein durchaus häufiges und keinesfalls belangloses Motiv, einer zweifelnden sexuellen Selbstunsicherheit entspringend. Erfahrungsgemäß trägt ein solcher Zweifel bereits den Ansatz zur Impotenz in sich, wie es auch ganz offensichtlich aus der Lebensgeschichte des D. hervorgeht.

Als anderes, allerdings unbewußtes Motiv für die gleiche Erscheinung findet man die Tatsache, daß mit zunehmendem Alter der eigenen Frau dieselbe ihrem Wesen und ihrer Erscheinung nach der leiblichen Mutter aus den Kinderjahren ähnlicher wird, die für das Kind — wie auch von D. formuliert — als „ein Wesen höherer Art" erscheint, dem gegenüber jegliche sinnliche Regung verpönt ist. Der Mutter-Imago gegenüber in der Ehefrau pflegt sich dann häufig die gleiche Hemmung sexuellen Empfindens, sinnlicher Regung durchzusetzen. Andern, besonders dirnenhaften Frauen gegenüber fallen diese unbewußten Hemmungsvorstellungen häufig weg. Auf jeden Fall ist durch Erfahrung erwiesen, daß derartige unbewußte Mutterfixierungen einen Mann in außereheliche Beziehungen drängen können, vor allen Dingen aber auch einen zentralen Beitrag zu einer Impotenz zu bilden vermögen. Auch diese unbewußte Beziehungslinie Mutter-Ehefrau tritt in den spontanen Angaben des D. ziemlich deutlich zutage, er habe seine Frau wesentlich nur deshalb geheiratet und heiraten können, weil sie so mütterliche Züge getragen hätte..

Daß übrigens bei diesem zartbesaiteten, ausgesprochen schüchternen Menschen auch das erste Versagen bei der Prostituierten und die hierbei akquirierte Infektion nicht gerade potenzsteigernd gewirkt haben mag, ist wohl naheliegend. Ebenso wird man ohne Zwang die Verhöhnung durch die Frau angesichts seines Versagens bei seinem letzten Versuch, sich noch einmal seine Männlichkeit zu beweisen, als schweres, Potenz zerstörendes, seelisches Trauma annehmen können.

Als Wichtigstes aber scheint mir aus der Lebensgeschichte des D. hervorzugehen, daß er sich von Anbeginn seiner sexuellen Betätigung an gar nicht aus heterosexuellem Drang der Frau zuwandte, sondern — wie er es motivierte — um von seiner als schuldhaft empfundenen Onanie loszukommen. Das tiefere, unbewußte Motiv war wahrscheinlich, sich vor sich selber seine gesunde Männlichkeit vor der von ihm nur geahnten, aber gefürchteten unmännlichen homosexuellen Triebeinstellung zu beweisen.

Die im Elternhaus durch den Vater empfangenen seelischen Einschüchterungen haben offenbar zu einer schweren seelischen Entwicklungsstörung geführt. Unzweifelhaft ist es auf Grund von diesen und anderen Kindheitskonstellationen zur Herausbildung einer anfangs manifesten, später mehr latenten Homosexualität gekommen. Sie behielt, wenn auch später unbewußt, bzw. latent, dennoch die Oberhand und ließ es nie zum Durchbruch einer echten heterosexuellen Potenz kommen.

So führt die psychologische Verfolgung der Lebens- und seelischen Entwicklungsgeschichte des D. zu dem Schluß, daß auf Grund seelengesetzlicher Zusammenhänge mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß D. im Verkehr mit einer Frau von jeher impotent war, weil er wahrscheinlich latent homosexuell war und ist. Zur Zeit der Schwängerung der Frau Sch. war seine zu Beginn seiner Ehe möglicherweise vorübergehend in kümmerlichen Ansätzen vorhandene heterosexuelle Erregungsfähigkeit mit größter Wahrscheinlichkeit völlig erloschen. Seine diesbezüglichen Angaben sind als glaubhaft anzunehmen. Es ist äußerst unwahrscheinlich, daß D. als Erzeuger des Kindes der Frau Sch. in Frage kommt.

Heilung eines Falles von Impotenz

Von Dr. Iwan Bratt in Alingsas (Schweden)

Ein von mir behandelter Fall von Impotenz scheint mir des allgemeinen ärztlichen Interesses wert, da der Verlauf der Erkrankung und der späteren Heilung — die erst nach 20 Jahren in der Psychotherapie gesucht und gefunden wurde — dabei genau verfolgt werden kann.

Es handelt sich um einen 38 j. körperlich gesunden Mann. Er war wie so viele andere von Arzt zu Arzt gewandert und mit allen möglichen Erzeugnissen der Heilmittelindustrie gegen Impotenz gefüttert worden, ohne daß irgend ein günstiges Resultat erzielt worden wäre. So gab er alle Hoffnung auf und resignierte. Seine Depression erreichte oft einen solchen Grad, daß ihm der Selbstmord als einziger Ausweg erschien. Indessen verliebte er sich und begab sich, vom Wunsch nach Genesung getrieben, in meine Behandlung.

Er war ein froher gesunder Jüngling von 18 Jahren, als er beim ersten Koitusversuch eine Ejaculatio ante portas bekam. Er verlor sogleich allen Mut, schämte sich, glaubte impotent zu sein, und suchte den Grund dafür in seiner Pubertätsonanie, die seiner angelesenen Meinung nach zur Impotenz führen kann. Jeder weitere Koitus mißglückte. Da Pat. nun den Grund der Impotenz in der Onanie zu finden glaubte, begann er sie zu bekämpfen und legte diese Gewohnheit allmählich ab. Daraus resultierte eine Verminderung seines Geschlechtstriebes, aber auch eine Zunahme seines Impotenzbewußtseins. Mit der Onanie wurde er allerdings nicht ganz fertig. Einigemal im Jahr kam es zu sporadischer Selbstbefriedigung, nicht weil ihn die Lust dazu trieb, sondern weil er sich selbst beweisen wollte, daß er nicht völlig geschlechtslos sei.

In der Behandlung galt es, die psychischen Hemmungen zu entfernen. Wie die Erfahrung lehrt, ist die Potenz des gesunden Mannes mit einem starken Lust- und Lebensgefühl verbunden, dessen Voraussetzungen Mut und Vertrauen sind, die die Freiheit von Triebhemmungen bedingen. Unser Pat. war ein ziemlich reservierter Mann. Sein ganzes Auftreten zeigte eine besonders ausgeprägte Korrektheit, welche Eigenschaft sich offenbar als ein Schutz gegen die Triebe ausgebildet hatte; die Behandlung mußte davon ausgehen, diese Korrektheit zu durchbrechen. Es galt also, den Pat. von der Zwangsjacke seiner Triebhemmungen zu befreien. Er war verschwiegen und reserviert — nun mußte er dazu gebracht werden, sozusagen geistig zu exhibitionieren. Dies tat er, indem er sein ganzes Leben in der Behandlung bloßlegte. Auf seine Fragen erhielt er über alles Aufklärung, soweit es tunlich war.

Da sein Geschlechtstrieb durch die Bekämpfung der Onanie gelähmt war, sollte er diese wieder aufnehmen. Bald war er onanistisch gut potent. Aber warum war er bei der Frau nicht potent? „Würde es nur einmal gelingen, dann wäre, glaube ich, der Bann gebrochen!" — meinte der Pat. Aber um zu diesem „Einmal" zu gelangen, müßte er von einem starken Gefühl hingerissen werden, das die künstliche Eiskruste durchbrechen könnte; dazu war es vor allem nötig, das große Vertrauen, die volle Offenheit zu erleben, die das gerade Gegenteil seines reservierten Wesens waren. Warum konnte er sich nicht mit der Frau, die er liebte, aussprechen? Das war seiner Meinung nach nicht denkbar — wegen der „Blamage". Woher kam diese große Scheu?

Nun tauchte eine Menge Erinnerungen aus seiner Jugendzeit auf. Er war ein Sportsman von internationaler Bedeutung und hatte an den olympischen Spielen teilgenommen. Ein solcher Mann durfte sich nicht blamieren. Seine Empfindlichkeit gegen eine Niederlage war durch seine Erfolge als Sportsman sehr gesteigert worden. Die Augen der Menschen waren auf ihn gerichtet und er wollte ihr Vertrauen nicht enttäuschen. Er war an Triumphe gewöhnt und deshalb war ihm eine Niederlage schwer tragbar.

Man kann sich aber doch an alles gewöhnen, auch an Niederlagen; dahin mußte unser Pat. gebracht werden. Selbst auf die Gefahr hin, sich zu blamieren, mußte er sich vor der geliebten Frau so geben, wie er wirklich war. Und würde sie sich seines Vertrauens würdig erweisen, dann müßte seine Neigung zu ihr so stark werden, daß eine Erektion nicht ausbleiben könnte.

Diesen Bescheid erhielt er schon bald nach Beginn der Behandlung. Doch die Angst, sich vor der Frau zu blamieren, war stärker als sein Wille, gesund zu werden. In einer Behandlungsperiode, als er über das, was er hörte, nachzudenken und über sein Schicksal zu grübeln hatte, suchte er einigemal einen Billardsalon auf. Er war ein passionierter und geschickter Spieler, der meist den Sieg davontrug. Aber nun begegnete er seinem Bezwinger. Zu seiner großen Überraschung merkte er, daß ihn die Niederlage nicht so schwer traf, wie in früheren Fällen. Seitdem sein Geschlechtstrieb durch die geistige Exhibition in der Analyse wieder erwacht war und er eine neue Aussicht für sein Leben gewonnen hatte, war eine Umstimmung eingetreten, eine neue Verankerung der Lustgefühle, die Spiel und Sport zu einer relativ nebensächlichen Sache machte. Seinerzeit hatte er im Spiel und Sport jenen Lebensrausch gefunden, der ihm durch seine Impotenz verloren gegangen war. Doch waren Spiel und Sport scheinbar nur Ersatz, so wie es z. B. der Alkohol ist.

Nach ungefähr 14tägiger Behandlung war sein Entschluß gereift, trotz der Gefahr einer Blamage, sich seiner Freundin anzuvertrauen. Eines Abends war er mehrere Stunden bei ihr, aber der Mut schien ihn zu verlassen. Der Aufbruch nahte. Als Pat. bereits die Tür erreichte, wandte er sich um und begann hemmungslos wie ein Kind zu weinen. Nun gab er ohne Vorbehalt die Geschichte seines Lebens mit ihrer ganzen Tragik preis. Die Frau war klug, hörte ihm geduldig zu, war gut und mitleidsvoll, so wie es der Augenblick verlangte. Sie liebte ihn und glaubte an die Macht der Liebe. Sie wurden wie zwei Kinder, die niemals gelernt haben, was sexuelles Schuldgefühl bedeutet. Es dauerte längere Zeit, ehe die Dämme der Triebhemmungen überwunden werden konnten; aber da er immerfort in Verbindung mit mir stand, hatte ich Gelegenheit, seinen Widerstand gegen die natürliche Exhibitions- und Sexualforschungslust zu bekämpfen. Im wahren Sinn des Wortes durchlebte er mit seiner Freundin dieses infantile Entwicklungsstadium der Libido und lernte zugleich die Freude des gegenseitigen Vertrauens

kennen. Daraus wuchs das Lebensgefühl hervor, welches die Grundlage seiner Potenz bildete. Nach 20jähriger Impotenz konnte er mit Erfolg koitieren. Jetzt ist es sechs Monate her seit seinem ersten erfolgreichen Koitus — er ist auch weiter potent, hat die Frau geheiratet und diese ist schwanger.

In diesem Fall war — wie wir gesehen haben — ein psychischer Schock der eigentliche Anlaß zur Impotenz. Die Idee, daß er impotent sei, bewirkte, daß Pat. bei seinem ersten Koitusversuch eine Ejaculatio ante portas erlitt. Dadurch verlor er sein Selbstvertrauen, welches die Voraussetzung für eine Erektion ist. Er suchte in der Onanie eine Erklärung für seine Schwäche, bekämpfte sie und erreichte auf diese Weise die Niederhaltung seines Geschlechtstriebes. Eine Wiederaufnahme der Onanie war dieser Sachlage gemäß rationell. Es galt gewissermaßen, eine reversible Reaktion zu erreichen.

Dadurch allein konnte aber die Impotenz nicht beseitigt werden. War es doch klar, daß etwas in seinem Charakter selbst lag, das überwunden werden mußte, ehe er das starke Lebensgefühl erlangen konnte, welches die Grundlage der normalen Potenz bildet. Wie sich seine infantile Triebstruktur gestaltete, konnten wir infolge der Kürze der Behandlung nicht genau feststellen. Die Strenge seines Vaters hat wahrscheinlich eine große Rolle gespielt. Als kleines Kind wurde er oft geprügelt. Sein in ungewöhnlich hohem Grad reserviertes Auftreten gab mir indessen einen Anhaltspunkt dafür, wo der Fehler zu suchen war. Er hatte Angst zu exhibitionieren, doch seine glänzenden Erfolge als Sportsman zeigten, daß er große Lust dazu hatte. Unter Exhibitionslust verstehe ich den Drang oder das Begehren, Aufmerksamkeit zu erwecken, um Liebe oder Ruhm zu gewinnen. Sie hat in der Kinderzeit und bei Paraphilen einen grob-sexuellen Charakter, doch je höher die Psyche sich entwickelt, desto mehr sucht sie nach anderen, nach geistigen Ausdrucksmöglichkeiten. Der Widerstand des Pat. gegen die kindliche — körperliche wie geistige — Exhibitionslust mußte gebrochen werden. Durch die Klugheit und Vorurteilslosigkeit der geliebten Frau erhielt er Gelegenheit, jene Periode seiner Kinderzeit wieder zu durchleben, aus welcher die Freude des freimütigen Auftretens hervorwächst. In der Behandlung mußten alle überwindbaren Triebhemmungen beseitigt werden, ohne es zu einem Konflikt mit der sozialen Anpassung kommen zu lassen. Schließlich brach die Liebesfähigkeit und mit ihr auch die Potenz hervor.

RUNDFRAGE

Über Indikationen und Grenzen der Psychotherapie bei Kindern

Prof. Dr. Erich Benjamin, Ebenhausen bei München (Kinder-Sanatorium):

Die von der Schriftleitung gestellte Frage nach den Indikationen der Psychotherapie im Kindesalter läßt sich dahin beantworten, daß bei der Behandlung a l l e r Kinderkrankheiten psychotherapeutische Gesichtspunkte zu beachten sind. Die Lehre von der psychosomatischen Einheit hat für die Kindheit ihre besondere Bedeutung. In frühen Entwicklungsstadien gehört nämlich die unmittelbare Zusammenschaltung von körperlichen und seelischen Reaktionen zum elementaren Bestand der Persönlichkeit. Somit verlangen nicht nur die im eigentlichen Sinn „psychischen" Störungen nach einer seelischen Behandlung, vielmehr erstreckt sich das

Gebiet der Psychotherapie auch auf chronische körperliche Krankheitszustände und zwar besonders jene der frühen Kindheit. Ein Schulbeispiel hierfür ist die Rachitis. Als Krankheitsprozeß, der sich in den ersten Lebensjahren abspielt, der viele Monate dauert und den Ausbau der sozialen Beziehungen erschwert, führt sie in einem Teil der Fälle zu vorübergehender Hemmung der geistigen Entwicklung. Außerdem treten gelegentlich Erscheinungen wie Negativismus, Reizbarkeit, Angst, Sprachentwicklungs- und Schlafstörungen auf, Zeichen also, die auf Erziehungsfehler zurückgeführt werden müssen.

Wahrscheinlich sind auch andere Erkrankungen früher Lebensperioden für das seelische Werden eine Gefahr. Frühgeborene oder aus anderen Gründen mangelhaft entwickelte Säuglinge, Kinder, die an Ernährungsstörungen oder an chronischen, juckenden Ekzemen leiden, bedürfen auf psychischem Gebiet besonderer Fürsorge.

Bei der Behandlung der Zuckerkrankheit wird von allen Ärzten mit vollem Recht die Pädagogik, d. h. die Psychotherapie, in eine Linie mit der spezifischen Behandlung gestellt und ähnliches gilt für andere chronische Krankheitszustände wie z. B. die Tuberkulose.

Organminderwertigkeiten sind für das Seelenleben des Kindes keineswegs gleichgültig. Unter den blinden und tauben Kindern und unter den Krüppeln ist ein nicht unerheblicher Prozentsatz „psychopathisch", nicht aber etwa infolge irgend welcher Anlagefehler, sondern wegen des Mangels einer zielbewußten Psychotherapie.

Schließlich muß noch auf die Bedeutung psychotherapeutischen Handelns bei Kindern, die an allerhand Krampfzuständen leiden, hingewiesen werden. Die seelische Fehlentwicklung krampfkranker Kinder ist oft weniger auf eine angeborene Disposition zu abnormen psychischen Äußerungen, wie auf erzieherische Mißgriffe zurückzuführen. Bei Kindern, die an Krämpfen leiden, pflegt die Erziehung wegen des schreckenerregenden Eindrucks der Anfälle fast lahmgelegt zu sein.

Aus solchen Beispielen, die sich beliebig vermehren ließen, geht die Bedeutung der Psychotherapie für die Kinderheilkunde hervor. Ihr Indikationsgebiet ist nahezu unbegrenzt. Leider entspricht aber Wissen und Können der Ärzte keineswegs dem Bedarf an psychotherapeutischer Aktivität. Daher ist die Verbesserung der Ausbildung auf diesem Gebiet eine vordringliche Forderung. Aber auch für die Mitarbeiter der Ärzte, die Schwestern, Kindergärtnerinnen, Fürsorgerinnen, ist eine solche Schulung notwendig. Mit dem Helferwillen allein ist es nämlich nicht geschehen, vielmehr ist ein gründliches Wissen über die Gesetzmäßigkeiten seelischer Zusammenhänge erforderlich. Diese Kenntnisse sind lehr- und lernbar.

Die zweite Frage nach den Grenzen der Psychotherapie ist schwerer zu beantworten. Wir alle wissen, daß die Ärztewelt unserer Arbeit mit einem gewissen Skeptizismus gegenübersteht und wir haben uns oft selbst gefragt, ob diese kritische Einstellung nicht eine gewisse Berechtigung hat. Wer sich allerdings auf die Behandlung der sogenannten „nervösen Symptome" beschränkt, der wird von seiner Kunst höchst befriedigt sein, wenn er diese Symptome wie Schnee an der Frühlingssonne dahinschwinden sieht. Wer aber tiefer blickt, muß feststellen, wie unendlich schwer es ist, den Kern der Persönlichkeit zu beeinflussen.

Fragt man sich, warum dem so ist, so ergibt sich die Antwort, daß wir leider sehr oft mit unserer Hilfe zu spät kommen. Erfahrungsgemäß nimmt die Plastizität der seelischen Anlagen im Lauf der Kindheit ab und sie werden damit zu einem spröden, des bildenden Künstlers Hand nicht mehr zugänglichen Material. Unsere

Parole lautet daher schon seit Jahren: Früherfassung und Frühbehandlung.

Außerdem aber sollte man sich darüber klar sein, daß wir auf unserem Gebiet — insbesondere soweit die Neurosen in Betracht kommen — vor Problemen stehen, die nur zu begreifen und zu lösen sind, wenn man sie von höherer Warte aus betrachtet. Die Geschichte ist auch auf diesem Gebiet unsere Lehrmeisterin. Die Schwererziehbarkeit des Kindes hat enge Beziehungen zum Verfall der Ehe, dem Geburtenrückgang, der Frauenemanzipation und den Selbstmorden. Sie ist ein Symptom der „Krankheit der Zivilisation".

Die Behandlung dieses Siechtums, das die Zukunft der Völker bedroht, ist eine staatsmännische, nicht eine ärztliche Aufgabe. Hier liegen denn auch die Grenzen, die unserem psychotherapeutischen Wirken beim Kind gezogen sind.

Privatdozent Dr. Stefan Ederer, Budapest:

Die Grenzen und Ziele der Psychotherapie im Kindesalter sind genau gesteckt und gegeben durch die Ätiologie der psychischen Abwegigkeiten des Kindes. Was in der Konstitution wurzelt, ist innerhalb der Grenzen der Modifizierbarkeit der kindlichen Konstitution erreichbar; das gilt ebenso für die Umgebungsätiologie. Verhaltungsweisen der Kinder müssen in erster Reihe als biologische Reaktionen betrachtet werden. Nur ist der rein psychische Anteil in diesen biologischen Erscheinungen schwerer abgrenzbar und durch rein psychische Reize schwerer erreichbar, als bei Erwachsenen. Die starke Integration, das Verwobensein mit dem physiologischen Anteil ist für das Kind charakteristisch. Die Symptome erscheinen in einer vorwiegend psychophysiologischen Einheit. So enthält das Furcht- und Angstsyndrom im Kindesalter viel mehr physiologische Organ- und vegetative Reaktionen, als die neurotische Angst der Erwachsenen. Diese progressive Abspaltung des Psychologischen vom Vegetativen mit zunehmendem Alter kann auch bei anderen Symptomen, z. B. den Wut-, den Auflehnungs-, den Abwendungsreaktionen, beobachtet werden.

Seit Kleists Untersuchungen über die Lokalisation der Störungen des ethischen Verhaltens und der Ichfunktionen muß auch die Entwicklung der ethischen und sozialen Ichfunktionen als von der Entwicklung des Frontalhirns abhängig betrachtet werden. Achtet man auf Frontalsymptome bei der Untersuchung dissozialer Kinder, so wird dieser Zusammenhang auffallen. Der Jugendpsychiater, der mit der Entwicklung der psychophysiologischen Reaktionen des Kindes vertraut ist, wird diese Symptome als Infantilismen erkennen, wo ein anderer Psychiater mit den Begriffen der Erwachsenen-Pathologie eine Psychoneurose diagnostiziert, und sie demgemäß behandelt.

Ebenso wie die Grenzen sind auch die Indikationen und Methoden von den Eigenheiten des Kindesalters bestimmt. Das Kind ist leicht beeinflußbar durch die Umgebung. Krankheitssymptome erscheinen mehr an der Berührungsoberfläche mit dem Milieu. Der Konflikt ist weniger ein innerseelischer Kampf zwischen Ideal-Ich und Unterbewußtsein, als ein offener Gegensatz zwischen biologischen Trieben und sozialer Anpassung. Der Überbau des kortikalen Hemmungssystems ist eben noch im Werden begriffen. Die hohe Empfindlichkeit gegen äußere Reize ist physiologisch und macht den Erfolg von Suggestivmethoden verständlich. Die Hypnose dagegen ist nur bei größeren Kindern brauchbar, wenn die psychophysiologische Integration bereits gelockert ist. Hingegen können relativ kleine

Änderungen der Umgebung manche neurotische Symptome zum Verschwinden bringen. Die praktisch therapeutische Ausbeute, die wir durch die Besprechung mit der Familie und den Erziehungspersonen gewinnen, ist größer, als durch intrapsychische Forschung. Die Psychoanalyse wird ein Kunstfehler sein in den Fällen unvermeidlicher, in der Konstitution und Heredität verankerter, nicht korrigierbarer Konflikte. Auch die hypersensitiven und infantilen Kinder sind viel mehr Entwicklungs- als analytische Probleme. Es sind dies Probleme der Erziehungskunst. Sie bedürfen ständiger psychotherapeutischer Beratung. Die Frage spitzt sich zur Erziehung der Eltern und Pädagogen zu, und erstreckt sich damit vom Gebiet der Psychagogik bis zum System der Mental-Hygiene. Da stößt der Psychotherapeut an persönliche Macht- und Eitelkeitsgrenzen und an die vorgebaute Staffage der übertünchten Triebe und Schwächen der Erzieher.

Die rein psychischen Reize der Persuasionsmethode sind in der Kindheit weniger wirksam, als das Erlebnis. Das Erlebnis wirkt durch die Reaktion auf das ganze psychophysiologische System formend und gewohnheitsbildend. Die Gewohnheitsbildung beruht auf der biologischen Methode der konditionierten Reaktionen. Die rationale Regie und die Inszenierung der Erlebnisse des Kindes haben durchschlagende plastische Wirkung: Die Erlebnisse des Erfolges, der Überlegenheit, des Vertrauens, der Kraft, des vegetativen Lustgefühls funktionierender Sinnes- und Bewegungsorgane, die man durch Anordnung verschiedener, in ihrer Schwierigkeit der Leistungsfähigkeit des Kindes angepaßten Leistungen erwecken kann, vermeiden und korrigieren die Konfliktreaktionen des Anpassungsprozesses und bedingen biologisch normale Gewohnheiten. Optimismus im Glauben an das „self adjustment" des Kindes ist berechtigt.

Bei Kindern dominieren die triebhaften Ichtendenzen über die selbstlosen. Das Überwältigende des subkortikalen Systems ist entwicklungsgemäß. Damit ist die Furcht vor der krankmachenden Wirkung der Verdrängung der Triebe nur spekulativ dogmatisch und nicht physiologisch begründet. Schließlich sind ja alle biologischen Schutz- und Fluchtreflexe des Tierreichs negativ bedingte Reaktionen, die der Selbsterhaltung dienen. Nicht die Hemmung ist Quelle der Neurosen, sondern die Art der Verdrängung. Die Bindung an depressive Gefühle, an persönlichkeitsherabsetzende Situationen kann pathogen wirken. Die Bedrohung der Persönlichkeitsentfaltung wird als eine biologische Gefahr empfunden, der sich das Kind instinktiv widersetzt. Die Persönlichkeitsentfaltung besteht aber nicht in infantil-passiven Sinneslustempfindungen, sondern in aktiver Selbsttätigkeit. Die physiologische Lust am Funktionieren, die Freude an der Leistung muß anerzogen werden. Leistung bedeutet aber Selbstbeherrschung. So wird Hemmung zur Freude, und an biologische Lustgefühle gebunden. Ist aber das Kind des physiologischen Freudegefühls nicht fähig, so ist der Grund dafür tiefer organisch verankert. Da berühren wir wieder die Grenzen der Psychotherapie, und das Wort übernimmt die Pädiatrie.

Es geht über den Rahmen der Beantwortung dieser Rundfrage hinaus, näher auf die psychischen Symptome der akuten und chronischen Kinderkrankheiten, der allergischen und endokrinen Störungen einzugehen. Ich weise nur auf die große Labilität der vegetativen Innervation und des kindlichen Stoffwechsels und auf die dadurch produzierten neurotischen Symptome hin. Der Pädiater muß über die organ- oder funktionspathologische Bedingtheit der Erscheinungen entscheiden. Darum ist die Psychopathologie der Kindheit eher eine Domäne des psychologisch geschulten Kinderarztes als des Psychiaters.

Privatdozent Dr. med. Werner Gottstein, Berlin:

Jeder Arzt und Erzieher, der zu dieser Frage Stellung nimmt, muß sich auf seinen eigenen Erfahrungskreis beschränken. Als Kinderarzt sammelte ich Beobachtungen, als Leiter eines städtischen Kinder- und Mütterheims, als Hausarzt eines Waisenhauses, als Stadtschularzt. Langjährige Tätigkeit als Assistent an Universitätskinderkliniken wurde ergänzt durch poliklinische Beobachtungen, Eindrücke in der Privatpraxis und Erlebnisse in Kindererholungsheimen. Aus diesem Wirkungskreis ergibt sich, daß psychotherapeutische Beeinflussung oft zu meinen Aufgaben gehörte, ohne Selbstzweck der Behandlung zu sein. Wird doch der Kinderarzt, im Gegensatz zum Psychiater oder Heilpädagogen, aufgesucht, weil ein Kind unter anderem auch an Schlafstörungen, mangelndem Anpassungsvermögen, Wandertrieb oder Sprachstörungen leidet. Seelische Bedingungen als Haupt- oder Teilursachen unbestimmter und von den Angehörigen oft rein körperlich gedeuteter Beschwerden ergeben sich nicht selten „nach und nach", werden vom Unerfahrenen wohl auch dauernd fehlgedeutet. Diese Verkennung nimmt der Psychotherapeut dem Kinderarzt meist übel. Zumindest, so hört man, hätte der Pädiater die Pflicht gehabt, einen psychologisch geschulten Facharzt um Rat zu fragen. Derartige Vorwürfe sind sicher oft berechtigt. Doch liegt eine noch größere Gefahr darin, daß mancher Kinderarzt sich schnell damit begnügt, das seelisch auffällige Verhalten eines Patienten als psychogen abzutun. Denn je sorgfältiger man die Vorgeschichte erhebt und untersucht, desto häufiger wird man davon überrascht, daß doch etwas Sichtbares vorliegt (z. B. kürzlich erfolgte Tbc.-Primärinfektion, Rhinitis posterior, Pyurie). Dann aber hat die Frage zu lauten: Wieviel Psychisches ist dabei? Selbst eine ergebnislos verlaufende körperliche Untersuchung ist bei überwiegend seelischen Störungen von Wert. Fühlen sich doch die meisten Eltern durch einen Arzt bedrückt, der sofort herauszubekommen versucht, welche erbliche Belastung in der Familie vorliegt, wo die Erziehungsfehler stecken, warum das Kind unter den Eheverhältnissen leidet etc. Viel nachhaltiger ist die erste psychotherapeutische Beeinflussung, wenn der Arzt zunächst nach körperlichen Störungen sucht. In jeder ruhigen planmäßigen Untersuchung liegt für das Kind eine psychotherapeutische Handlung. Die körperliche Untersuchung gewährt den Einblick in das seelische Verhalten der Umwelt und des Kindes gleichsam als ungewolltes, unentstelltes Nebenresultat. Was hier an Möglichkeiten für seelische Erkenntnisse verabsäumt wird, läßt sich hernach nicht durch zielgerichtete Explorationsgespräche und Testprüfungen einholen.

Ist also das Erkennen seelischer Abweichungen beim Kind die unerläßliche Grundlage der Behandlung? Oder muß man auch hier, wie bei körperlichen Erkrankungen, auf streng kausale Therapie verzichten, sich mit der symptomatischen begnügen? Ist es Pflicht, erst alle in die seelische Krankheit hineinspielenden Zusammenhänge scharfsinnig zu ergründen, bevor man wirklich einmal etwas tut, oder darf und soll man beruhigen, durchgreifen, überreden, überrumpeln oder gar das Milieu ändern, aus einer, wie man sagt, gewissen Intuition heraus, weil ja schließlich doch etwas geschehen muß? Der Kinderarzt sieht oft die Vorzüge der seelischen Beeinflussung von Kindern durch wissenschaftlich ungeschulte Frauen. Er kann beobachten, wie Mütter durch psychologische Kurse ihre Instinktsicherheit verlieren. Aus bekannten Erfahrungen in Krankenhäusern und Heimen, in Familie und Schule, werden nun meist folgende typische Schlußfolgerungen abgeleitet: „Eine wissenschaftliche Psychotherapie im Kindesalter gibt es nicht, kann es nicht geben." — „Es ist früher auch ohne das gegangen" — „Das sind ja alles nur Aus-

wüchse eines degenerierten Zeitalters". — „Psychopathische Eltern deuten ihre Empfindungen in das unverstandene Kind hinein, besonders in das einzige". — „Zeitverschwendung ist es, für erbminderwertige Kinder so viel Mühe und Geld zu opfern, denn sie werden als Erwachsene dem harten Daseinskampf wahrscheinlich doch nicht gewachsen sein" u. dgl. m.

Wo fangen aber nun wirklich einmal die Störungen an, denen man nur durch Psychotherapie beikommt? Gelangt die Aussprache schließlich auf den letzten, den eugenischen Einwand, so verstummt mancher, der das eigene Kind unbewußt als belastet empfindet. Das ist gut so und beweist schon allein den Wert der Psychotherapie, sofern man nicht dem objektiv hoffnungsarmen Leid im Menschendasein jeden Sinn absprechen will.

Vom Arzt verlangt man mehr als einen Persönlichkeitseinfluß für kurze Frist. Er soll auch bei ernsteren psychischen Störungen einen Heilplan auf lange Sicht entwerfen. Darum muß er prognostisch denken und nach Erkenntnis der Gesamtlage eine kausale Therapie suchen. Sonst kommt er in die Gefahr, jeden Tag einen neuen Kurs einzuschlagen; die Umgebung des Kindes drängt, von eigenem Stimmungswechsel bedrückt, zu ewig neuem Probieren. Heute es einmal mit Strenge versuchen, morgen nachgeben, am dritten Tag alles umwerfen, das Kind in ein Heim bringen, am vierten „jemand Geeigneten" ins Haus nehmen.

Der Begriff „kausale Therapie" wird meist falsch verstanden. Kausal behandeln heißt nicht die erste Entstehungsursache bekämpfen. Schon 1848 hat Lotze besonders klar dargelegt, wie sich ein krankhafter Zustand immer deutlicher von nicht mehr fortwirkenden Entstehungsursachen „ablöst", und daher hat der therapeutische „Angriffspunkt" nichts mit dem „Anfangspunkt" der Krankheit gemein. Die Auslegung: kausal = auf die erste (vermutliche) Entstehungsursache gerichtet, hat gerade in der Psychotherapie des Kindes zu Irrlehren und wirklichen Schäden geführt. Andrerseits beruht bei körperlichen wie bei seelischen Krankheiten eine wissenschaftliche Therapie auf der kritischen Anamnese, die den Anfängen nachgeht. Wir müssen Berichte aus früheren Lebensabschnitten mit dem Gegenwartszustand verbinden. Für die Psychotherapie des Kinderarztes erscheint es am besten, drei Hauptabschnitte abzugrenzen: 1) Seelische Umweltbehandlung im Säuglingsalter, 2) sozialpsychologische Beeinflussung im Kleinkindalter, 3) Psychagogik (Kronfeld) und Psychotherapie im Schulalter.

Im Säuglingsalter steht die Behandlung von Störungen der sich ausbildenden Lebensgewohnheiten im Vordergrund. Unzweckmäßigkeiten im Rhythmus der Nahrungsaufnahme und des Schlafes gehen oft auf die früheste Lebenszeit zurück. Die Erziehung kann sich noch kaum an die Mitarbeit des Kindes richten, das im Stadium unausgereifter Großhirntätigkeit vollständig von dem Verhalten seiner Umgebung abhängig ist. Jedes Lehrbuch der Kinderheilkunde betont, welche Rolle die Bedingungsreflexe für den Erwerb einfachster Tätigkeiten spielen, wie wichtig allein aus erzieherischen Gründen die Innehaltung der Nahrungspausen ist. Jeder Kinderarzt weiß aber, wie oft die Erlernung regelmäßiger Lebensgewohnheiten an der Umgebung scheitert. Raumenge, Untermieter, Wohnungsgemeinschaft mit den Großeltern, Beeinflußbarkeit der Mutter durch Angehörige, Verständnislosigkeit des Ehemannes für die in ihrem Denken nur auf das Kind eingestellte Mutter, nervöse Störungen beider Eltern vereiteln die Ausführung guter Vorsätze. Nicht der Säugling ist psychisch behandlungsbedürftig, sondern seine Umgebung, speziell seine Mutter. Doch können wir hier auf die Psychotherapie des Säuglingsalters nicht näher eingehen.

Im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Behandlung des Kleinkindes stehen die Störungen der Eingliederung in das Gemeinschaftsleben (Kindergarten, Gemeinschaftsspiel mit Geschwistern und Kameraden). Die Behandlung wendet sich nicht ausschließlich an oder gegen die Familie. Sie befaßt sich direkt mit dem Kind, das sich seine eigene Welt aufbaut, erfüllt von eigenem Schaffen, das aus der Nachahmung und Phantasie geboren wird. Das gesunde Kleinkind sieht alles, besser als manches Schulkind, verwirklicht das Erschaute genau so oder ähnlich im eigenen vom Spiel erfüllten Wirkungskreis. Wie sehr es darauf ankommt, das Falsche nicht zu zeigen, beweist folgendes Beispiel aus der Praxis: Die 2jährige Beate S. erhält von ihrer Mutter Schokolade. Dabei fällt ein Stück zur Erde, das die Mutter „unbemerkt" ißt. Umkommen soll es doch nicht. Am nächsten Tag wiederholt Beate als Mutter das gleiche Spiel mit ihrer Puppe.

Im vorschulpflichtigen Alter erfolgt die Eingliederung in den Rahmen einer Gemeinschaft, wenn auch nur gelegentlich. Die Arbeiten von William Stern, Charlotte Bühler, Hildegard Hetzer, Homburger und Benjamin haben die Sozialpsychologie dieser Altersstufe so vielseitig bereichert, daß wir über die Einzelerfahrung hinaus zu ursächlich begründeten Diagnosen von Störungen gelangten. In der Therapie dieser Abweichungen werden wir aber nicht mit Gewalt etwas Neues schaffen können. Wie es bei inneren Krankheiten oft mißlingt, aus einer neuen diagnostischen Erkenntnis, die stets nur einen wichtigen Teilvorgang aufklärt, die „entsprechende" Behandlung herzuleiten, so versagt im Kleinkindalter jede auf überschätzten Einzelzeichen beruhende Psychotherapie. Vielmehr entscheidet die Beobachtung über den Erfolg. Denn bei jeder Maßnahme, die man einschlägt, treten Nebenumstände hinzu, deren Tragweite im Beginn noch gar nicht vorauszusehen war. Man möchte um jeden Preis ein verzogenes Kleinkind mit den neurotischen Zeichen der Regression und Abwendung in einen Montessori-, nur nicht in einen Froebel-Kindergarten geben. Der Zufall will es aber, daß gerade die Leiterin des Montessori-Kindergartens die methodische Starre so sehr übertreibt, daß sich die nervösen Symptome des Kindes zur Enttäuschung der Eltern verstärken. Fast nie kommt es auf ein Symptom, auf eine Maßnahme an sich, sondern viel mehr auf die Dosierung an. Das gilt im Kleinkindalter für jede Form von Konzentrationsübung. Wie ein Erwachsener nach dem Überstehen einer Pneumonie allmählich für die Arbeit trainiert werden muß, so kann die Einstellung auf die zielgerichtete Tätigkeit beim psychisch abnormen Spielkind nur schrittweise erfolgen. Bei einzigen Kindern wird oft die Spielstufe, die nicht nur persönliche Fertigkeiten, sondern auch die normalen Anpassungsvorgänge an die Gemeinschaft fördert, verkürzt. Der Zeitpunkt zweckbetonter Arbeit wird vorweggenommen.

Das geschwisterlose Kind ist mehr auf sich angewiesen. So wichtig die Bekämpfung des Geburtenrückganges auch ist, so liegt doch eine recht übertriebene Verallgemeinerung in dem Ausspruch: „Typisches einziges Kind". Es ist wirklich nicht so schlimm. Die meisten einzigen Kinder haben keine psychopathologischen Reaktionen, und man merkt ihnen später wenig an, weil sich die Unterscheidungsmerkmale von Geschwisterkindern mehr und mehr verwischen. Begabte einzige Kleinkinder lernen, sich allein beschäftigen und erwerben im ersten Schuljahr z. B. durch Überlegenheit in technischen Fertigkeiten eine Führerrolle. Sie sind weder überheblich noch unverträglich, sie holen in kameradschaftlicher Ausgelassenheit auch versäumte Spielfreuden nach. Zu psychopathologischen Reaktionen im Schulalter kommt es nur bei einer Sondergruppe einziger Kinder. Sie wurden

im Kleinkindalter jedem Gemeinschaftsspiel aus Angst vor Ansteckung ferngehalten. Der Wille zur Eigenbetätigung ist nicht übermäßig stark entwickelt, jede kleinste Leistung wird anerkannt. Erst im Schulalter fällt die lächerliche Unselbständigkeit auf; nun bietet sich dem Kind zum erstenmal die erbarmungslose Vergleichsmöglichkeit mit den Leistungen Gleichaltriger. Über die seelischen Folgen wie Entmutigung, Kompensation etc. ist viel geschrieben worden. Therapeutisch ist eines gewiß: Irgendwie muß sich das Kind aus eigener Kraft herauswinden. Da es sich im Schulkindalter um psychagogisch beeinflußbare Störungen der Arbeit handelt, so spielt der Erwachsene nur die Rolle des Mithelfenden.

Es gibt hier nur zwei Wege: Entweder holt der Einzelgänger die dem Alter entsprechenden Fähigkeiten zur Selbstbehauptung nach, oder es gelingt ihm, eine Sonderbefähigung zu solcher Blüte zu bringen, daß ein Ausgleich Achtung verschafft. Der zweite Weg ist der seltenere, aber auch der schwerere. Eine Klassengemeinschaft wird beiden Möglichkeiten gerecht. Wer aber keinen der beiden Wege findet, ist zur Unechtheit verurteilt, und mit der ewigen Angst vor dem Durchschautwerden erlahmt sein Selbstvertrauen. Mangelhaftes Selbstvertrauen beruht seltener auf krankhafter Zaghaftigkeit als auf objektiv gerechtfertigten Erkenntnissen. Lange mögen sich von früher her vergessene Minderwertigkeitsgefühle hinter Prahlsucht oder gekünstelter Sicherheit verbergen. Dann aber — allmählich oder durch einen lächerlichen Vorfall — bleibt im Kreis der Altersgenossen nach einer Scheinblütenperiode die Resonanz aus, und nun erscheint der Zwang zur Ehrlichkeit sich selbst gegenüber als die einzige Rettung. Der einzige Mensch, mag es der Vater, ein Lehrer, ein Arzt, ein älterer Freund sein, der den Entmutigten stützt, findet sich selten. Mit Nur-Reden ist da auch wenig getan, und zum Verhängnis kann sogar verständnisvolle Teilnahme werden, die immer nur fragt, die immer nur nach ganz bestimmten Erklärungsursachen sucht. Wer hier helfen will, muß sachlich sein können. Er muß es allerdings verstehen, den anderen ausreden zu lassen, dann aber methodisch erkennen, wo der Grund des Scheiterns liegt. So kann z. B. das Versagen bei praktischer oder geistiger Arbeit auf einem Mangel an Entschlußkraft (Psycholabile), auf fehlender Ausdauer (Astheniker), auf zu langsamem Tempo (Fettsüchtige) beruhen. Ich habe an anderer Stelle ausgeführt, wie verschiedenartig die Behandlung dieser drei Gruppen ist.

Dem Jugendlichen muß der Psychotherapeut helfen, den Weg zu sich selbst zu finden. Die Familie muß beeinflußt werden, daß sie den Weg der Eigenhilfe möglichst wenig stört. Hier beruht die Tätigkeit des Arztes in ermahnender Aufklärung. Es gibt typische Familienstrukturen, die in sich ganz ähnliche Gefahren tragen: die Arbeitslosen-, Stiefkinder-, Adoptivkinderfamilie; die Familie der in Scheidung begriffenen Ehen; die Familie der Geschäftsreisenden, der Gastwirte etc.

Das Studium der Wechselwirkung zwischen dem seelisch gefährdeten Kind und der Familienstruktur bildet ein neues wichtiges Forschungsgebiet, an dem sich Ärzte und Erzieher beteiligen müssen. Der Arzt soll sich hier aber nicht nur auf das Studium von Stammbäumen verlegen und nach schicksalsschweren Belastungen fahnden. Er soll ein gründlicher Kliniker bleiben, der die Gegenwart mit klarem Verstand erkennt und doch die Familie in eine nicht zu hoffnungsarme Zukunft schauen läßt.

Dr. med. E. Nassau, Berlin:

Psychotherapie ist im Kindesalter jegliche erzieherische Maßnahme und jede erzieherische Beeinflussung. In diesem Sinn ist das Indikationsgebiet für die Anwendung der Verfahren zur Seelenbehandlung und Seelenführung in den frühen Abschnitten des Menschenlebens unbegrenzt. Diese weite Auffassung erscheint um so berechtigter, als die Methoden, die zur Erziehung des Kindes seit Alters her in Gebrauch sind, im Kern die gleichen sind, wie sie, zu Systemen ausgebaut, zur Behandlung seelischer Störungen bei älteren Individuen und beim seelisch kranken Kind angewandt werden. Überredung, Aussprache, Anleitung, Aufklärung, Beispiel u. s. w. finden hier wie dort Verwendung. Für den Arzt und für den Psychologen ergibt sich beim Kind — im Gegensatz zum Erwachsenen — die Möglichkeit, auch auf einem indirekten Weg, d. i. durch Anleitung und Beeinflussung der Eltern oder der Pflegenden auf das Kind einzuwirken. Dieser indirekte Weg der Psychotherapie, der dem Kindesalter eigentümlich ist, wird häufig gegangen, und auf ihm sind oft bessere Resultate zu erzielen, als bei dem Versuch, das der Erziehung oder der Behandlung widerstrebende Kind zu belehren, zu überzeugen und zu beraten. Von der Psychotherapie macht bewußt oder unbewußt jeder Erwachsene Gebrauch, der mit dem Kind in irgend einer Weise in seelischen Kontakt tritt. Die Grenzen für diese in der Erziehung gegebenen psychotherapeutischen Maßnahmen sind stets dann erreicht, wenn Unverständige oder Untalentierte sich am Erziehungswerk beteiligen; wie weit wir von der Innehaltung dieser Grenzen entfernt sind, braucht an dieser Stelle nicht ausgeführt zu werden. Denn gerade aus der ungewollten Überschreitung der Grenzen, in der die eigene Familie und die nächste Umgebung des Kindes häufig genug voran gehen, entsteht ja ein großer Teil der Beschwerden und Schwierigkeiten, zu deren Behebung die „Psychotherapie" der Erziehung nicht mehr ausreicht, sondern zu deren Heilung dann das schwere Rüstzeug der „großen" Psychotherapie aufgefahren werden muß, wie es zum Teil aus den Erfahrungen beim Erwachsenen übernommen, zum kleineren Teil eigens für das kindliche Alter erarbeitet wurde.

Vom Normalen und den noch im Bereich des Physiologischen liegenden seelischen Schwierigkeiten beim Kinde, wie sie sich z. B. fast regelmäßig im sogenannten Trotzalter und häufig in der Pubertät einstellen, führen fließend alle Übergänge zu den krankhaften Seelenströmungen, die aus Anlage und Umwelteinflüssen erwachsen, und die das eigentliche Gebiet psychotherapeutischer Maßnahmen darstellen. Daneben steht dann, oft genug praktisch nicht scharf abtrennbar, die Gruppe der durch Fehl- und Defektbildungen entstandenen Minderwertigen, bei denen, ehe sie als nicht förderbar Erkrankte der Bewahrung anheimfallen, immerhin ein Versuch zur Hebung der vielleicht doch vorhandenen Fähigkeiten gemacht werden sollte.

Im frühen Kleinkindesalter kann und soll die Mehrzahl seelischer Schwierigkeiten erkannt und behandelt werden. Möglichkeit und Berechtigung zur Anwendung der Methoden der Psychoanalyse, der Individualpsychologie u. a. m. in ihrer schulgemäßen Form möchten wir nach eigener Erfahrung in diesem Lebensabschnitt als begrenzt bezeichnen; vielleicht ist es sogar richtiger, sie in der Zeit vor dem 2.—4. Lebensjahr vollständig aus dem Heilplan zu streichen. In dieser Zeit scheint uns bei den motorisch Gehemmten, bei den Erregten und Unruhigen der Versuch einer individuell eingestellten Übungstherapie die Methode der Wahl. Aussonderung aus dem Kreis gesunder Geschwister, Unterbringung in Psychopathenheimen und in Sonderanstalten für zurückgebliebene Kinder ist in dieser frühen Lebenszeit letztes therapeutisches Verfahren. In der Familie sollten diese

Kleinkinder nach Möglichkeit in der Gemeinschaft leben. Ist Anstaltserziehung erforderlich, so möchten wir, wie wir es nach langjähriger praktischer Erfahrung in Gemeinschaft mit unserem früheren Mitarbeiter M. Morgenstern (jetzt in Wien) empfohlen haben, für die Einreihung einer begrenzten Zahl schwieriger Kinder in eine größere Gruppe von Normalkindern eintreten. Die psychotherapeutischen Heilverfahren, die sich auf Rede und Gegenrede gründen, haben im späteren Kleinkindesalter ihre Berechtigung bei bestimmten psychischen Beschwerden. Hierher gehört die große Zahl der Schlafstörungen, die Ängste und Angstneurosen, manches „Ungezogensein" und ein großer Teil der Eßschwierigkeiten. Die Mehrzahl dieser Leiden erwächst aus erschreckenden, unangenehmen oder schmerzhaften Erlebnissen und Erinnerungen. Die gegebene Konfliktsituation durch Aussprache und Zuspruch zu lösen, eventuell unter Heranziehung des Verfahrens der Milieusuggestion (Pototzky) ist jenseits des 3.—4. Lebensjahrs durchaus erfolgreich möglich. Auch die in dieser Lebenszeit beginnenden mannigfaltigen Tic-Erkrankungen lassen sich durch Beseitigung des ursächlichen äußeren Reizes oder, falls das ursächliche Moment bereits zu wirken aufgehört hat, durch Aufdeckung und Auslöschung der noch im Erinnern fortwirkenden Krankheitsursachen heilen.

Im Schulalter sind es die gleichen Erkrankungen, wie im späten Kleinkindesalter, die der Psychotherapie zugeführt werden. Störungen, die leider erst mit dem Eintritt in die Schule oder gar noch später erkannt werden, sind, wie jedes chronisch gewordene Leiden, der Behandlung schwerer zugänglich, als Erkrankungen, die frühzeitig erfaßt und durch rechtzeitige Behandlung in ihrer Ausbreitung gehindert oder gedämpft wurden. Mit der schärferen Ausprägung der Persönlichkeit erscheinen im Schulalter als neue Erkrankungen, zunehmend nach den Jahren der Pubertät, die Charakterfehler und asozialen Anlagen, wie Lügen, Stehlen, Vagabundieren etc. Psychotherapeutische Versuche an diesen durch Anlage entstandenen, durch Milieuschäden in ihrer Entwicklung vielfach begünstigten Krankheiten führen häufig genug zu Mißerfolgen. Enttäuschende Rezidive sind nicht selten, und mit der aktenmäßigen Registrierung des „Falles" endigen oft genug die Bemühungen um eine psychotherapeutische Besserung des Schadens. Wenn das Leben in späteren Jahren doch noch manche von diesen defekten Charakteren zurecht schleift, so dürfen diese Erfolge kaum noch der im Schulalter angewandten Psychotherapie zugerechnet werden. Das Auftreten echter Neurosen im Schulalter kann gelegentlich Veranlassung werden, den Versuch mit einer der analysierenden Methoden einzuleiten. Vorsicht und Zurückhaltung ist aber am Platz. Kinder, die einer Analyse unterworfen wurden, in der bei Aussage und Ausdeutung nach den an kranken Erwachsenen gewonnenen Erfahrungen vorgegangenen wurde, sind oft genug nicht entlastet, sondern belastet worden; der ihnen durch die Analyse eröffnete Aspekt des Lebens entspricht allzuwenig der kindlichen Daseinsform.

Die Grenzen der Psychotherapie im Kindesalter sind auf der einen Seite stets dann gegeben, wenn die Schwere des Leidens oder die Stumpfheit des Patienten, die Erschließung seelischen Neulandes unmöglich macht. Auf der anderen Seite möchten wir die Grenzen überall da gezogen wissen, wo nicht Krankheit, sondern lediglich vorübergehende Übersteigerungen physiologischer Entwicklungsphasen seelische Leiden vortäuschen. In der falschen Wertung solcher psychischer Auffälligkeit scheint am häufigsten gegen eine Grenzziehung in der Psychotherapie verstoßen zu werden; sei es daß Angehörige oder Erzieher aus Unkenntnis der Rhythmen, denen das kindliche Leben unterworfen ist, die vorübergehenden Überschreitungen der Norm in der Lebenslinie verkennen, oder sei es

daß Psychologen oder Ärzte, die ihre Erfahrungen vornehmlich an Erwachsenen gewonnen haben, dieses unharmonische Überschießen im Entwicklungsgang unrichtig werten. Psychotherapie am falschen Platz führt allzuleicht beim Kind zum Krankheitsgefühl, und Psychopathen können auch im Kindesalter durch eine Behandlung, durch die das Kind zum Mittelpunkt therapeutischer, erzieherischer, fürsorgerischer oder behördlicher Maßnahmen wird, gezüchtet werden.

Prof. Dr. med. Orgler, Berlin:

Versteht man unter Psychotherapie, wie es vielfach geschieht, die Behandlung krankhaften Geschehens durch seelische Beeinflussung, so ist ihr Indikationsgebiet bei Kindern so umfangreich, daß eine Abgrenzung überhaupt nicht möglich ist. Denn Kinder werden bekanntlich in weit höherem Grad als Erwachsene schon allein durch die Tatsache, daß therapeutische Maßnahmen — sei es ein Medikament, sei es ein Umschlag — vorgenommen werden, psychisch beeinflußt. Versteht man dagegen unter Psychotherapie die Behandlung psychischer Störungen durch seelische Beeinflussung, so wird man als ihr Indikationsgebiet die Behandlung der Neurosen und der sogenannten Kinderfehler, die ja vielfach in das Gebiet der Neurosen gehören, mancher Psychosen und, wenn man die Heilpädagogik zur Psychotherapie hinzurechnet, auch die beeinflußbaren Störungen der geistigen Entwicklung bezeichnen. So leicht auf den ersten Blick die Abgrenzung des Indikationsgebiets erscheint, so schwierig ist manchmal im Einzelfall die Feststellung, ob Beschwerden, wie z. B. Kopfschmerzen, rein psychisch bedingt sind oder ob sie nicht durch organische oder durch funktionell-organische Störungen hervorgerufen werden. Der therapeutische Erfolg darf jedenfalls nicht als Beweis für die Richtigkeit der Diagnose verwandt werden; denn bei der innigen Verflechtung von Leib und Seele können auch durch psychotherapeutische Behandlung funktionell-organische Störungen geheilt werden.

Aber selbst in diesem Indikationsbereich sind der Psychotherapie Grenzen gesteckt. Diese liegen einmal im Kind selbst. Je jünger das Kind ist, desto schwerer läßt es sich psychotherapeutisch beeinflussen. Hier kommen wir nur auf dem Umweg über die Eltern weiter. Im späteren Alter scheitern gelegentlich alle Bemühungen an dem Widerstand des Kindes, das sich nicht behandeln lassen will. Dabei muß man sich allerdings die Frage vorlegen, ob der Psychotherapeut für dieses spezielle Kind der geeignete Behandler war. Ferner kann die Wirkung der Therapie durch die Umgebung des Kindes erschwert oder vernichtet werden, wenn diese nicht das nötige Verständnis besitzt, oder sogar in falscher Überheblichkeit allen Bestrebungen entgegenwirkt. Schließlich sind dem Therapeuten selbst, entsprechend seiner Fähigkeit sich in Kinder einzufühlen, Grenzen gesetzt. Trotz aller Bemühungen, kindlichen Handlungsweisen nicht die Motive der Erwachsenen unterzuschieben, wird dieser Fehler doch immer noch gemacht; manche schöne Theorie beruht darauf, daß kindliche Handlungen fälschlicherweise anthropomorphisiert werden, wobei ich unter „anthropomorphisieren" in diesem Fall „im Sinn des Erwachsenen deuten" verstehe. Gefährlich wird die Psychotherapie stets dann, wenn man in Kinder Unkindliches hineindeutet. Die Psychotherapie bei Kindern stellt die höchsten Anforderungen an die Einfühlungsgabe und Kunst des Erratens des Therapeuten, da wir das von einem Kind geschriebene Buch „Wie das Kind den Erwachsenen erlebt" nie besitzen werden.

Dr. med. Carl Pototzky, Berlin-Grunewald:

Die Indikationen und Grenzen der Psychotherapie bei Kindern zu bestimmen, setzt eine exakte klinische Psycho- und somatische Diagnostik voraus. Diese Diagnostik beim Kind aufzustellen ist noch schwieriger als beim Erwachsenen. Müssen wir doch beim Kind die fließenden Entwicklungsstadien und ihre Störungen zu beurteilen vermögen, während wir es beim Erwachsenen mit abgeschlossenen Entwicklungszuständen zu tun haben. Ich erinnere nur an das Bild einer Entwicklungsstörung, wie es der Fötalismus bietet. Dieses Bild, so vielfach verkannt, hat uns wertvolle Aufschlüsse über Therapie und Prognostik bei nervösen Kindern vermittelt.

Die Psychotherapie abzugrenzen bedeutet demnach zunächst die Diagnostik abzugrenzen. Hier ist Konstitution und Umwelt zu beurteilen, die psychiatrische Diagnose zu stellen, die körperlichen Entwicklungsstadien und ihre Störungen zu untersuchen.

Beim schwererziehbaren Kind — und dies ist ja vor allem das Objekt für die Psychotherapie — werden wir auch die nervöse Konstitution noch weiter in Typen zerlegen müssen. Ich unterscheide den neuropathischen, psychopathischen, fötalistischen und endokrinen Typus — Typen, die sich überkreuzen, aber doch nach ihren überwiegenden Faktoren gut geschieden werden können. Denn nach einer möglichst exakten Gruppierung richtet sich die Therapie. Psychotherapeutische Gesichtspunkte werden bei der psychopathischen Gruppe im Vordergrund stehen, bei der endokrinen und fötalistischen bestimmte Organpräparate, wobei auch die Prognose bei der fötalistischen Type eine spezifische Note erhält, bei der neuropathischen Kalkpräparate, Grenzstrahlen usw.

Aus dieser schematischen Einteilung ersieht man, daß bei den psychopathischen Kindern die Psychotherapie die hauptsächliche Behandlungsart ist. Bei diesen Kindern wird es dem Kinderpsychiater, auf dessen Schulung ich bereits im Jahre 1921 (D. M. W. Nr. 9) hingewiesen habe, wie überhaupt jedem erfahrenen Praktiker möglich sein, Erfolge zu erzielen, gleichgültig welche Methode er bevorzugt. Immerhin muß ich auch hier die Mahnung wiederholen, daß sich der Praktiker nicht von vornherein auf „seine" Methode als die allein seligmachende festlege, sondern die Methode beweglich der Besonderheit des Kindes angleiche.

Doch ist mit der Behandlung der Psychopathen natürlich die Psychotherapie als Behandlungsform nicht erschöpft, sondern jedes Kind, das Heilpädagogik braucht, braucht damit im weitesten Sinn Psychotherapie. Wir werden also auch bei den übrigen genannten Gruppen des „nervösen" Kindes psychotherapeutisch vorzugehen haben, wenn wir uns auch bewußt sein müssen, daß hier die Psychotherapie ohne gleichzeitige klinische (medikamentöse etc.) Behandlung nicht auskommen kann. Hier werden nach der obigen Typeneinteilung die biologischen Untersuchungsmethoden den Anteil der Psychotherapie und der medikamentösen Therapie abzugrenzen und zu bestimmen haben, u. zw. wird hier die Kapillarmikroskopie, falls sie vorsichtig und von geschulten Untersuchern gehandhabt wird, von großem differentialdiagnostischem und damit therapeutischem Wert sein.

Die Symptome mögen beim „nervösen" Kind noch so ähnlich sein, zu behandeln sind diese Kinder, wie gesagt, nach der im einzelnen Fall aufzustellenden nervösen Konstitutionstype. Auch die Form der psychotherapeutischen Anwendung muß noch feiner je nach dem Fall differenziert werden. Nehmen wir als Beispiel Enuretiker. Welches Kind werden wir wecken, welches nicht? Ein neuropathisches Kind, das sensibel, übererregbar ist, werden wir im allgemeinen nicht brüsk aus

dem Schlaf nehmen, während wir diese Unterbrechung beim tiefschlafenden Psychopathen, wenigstens dem von gleichgültiger Färbung, geradezu anstreben müssen. So werden wir uns bei allen neurotischen Äußerungen der verschiedenen Organsysteme nach der Type richten müssen, um für die einzelnen psychotherapeutischen Maßnahmen die Grenzen und Indikationen zu finden.

Damit komme ich zur Frage der Variierung der psychotherapeutischen Maßnahmen, ihrer Indikationsstellung und ihren Begrenzungen. Hier wird jeder Kinderpsychotherapeut seine eigene Ansicht über die Methodik haben, doch möchte ich nur einige praktische Methoden aus eigener Erfahrung anführen. So benutze ich selbst z. B. sehr wenig die sogenannte „Überrumpelungsmethode", einmal weil sie einen oft zu harten Schock für das Kind darstellt, dann auch, weil bei Mißlingen das Vertrauen des Kindes zu dem Arzt meist endgültig erschüttert wird.

Eine mildere Methode habe ich vor Jahren als „Milieusuggestionsmethode" angegeben, eine Methode, die dem Kind Beruhigung verschaffen soll und in dieser „Beruhigungsphase" das Kind suggestibler für eine vernünftige Persuasion macht. Das Kind wird bei dieser Methode suggestiv in ein ihm angenehmes Milieu, bei jeder Sitzung möglichst in ein anderes, versetzt (Gebirge, Seeaufenthalt etc.) — die Wirkung mit diesen einfachen Mitteln ist meist eine gute. Bei älteren Kindern Persuasion, bei jungen Kindern seltener brüske Überrumpelung, dagegen larvierte Massage oder dgl. Mit larvierten Medikamenten sei man aber besonders vorsichtig, da man oft dabei nicht weiter kommt. Vor allem zurückhaltend sei man aber mit einem Wechsel von Anordnungen. Das Kind, das im allgemeinen nicht wie der Erwachsene bei seiner Genesung mithelfen will, sieht in dem Wechsel die Unsicherheit des Erwachsenen — und die Störung wird noch mehr fixiert. Für bestimmte unkonzentrierte Kinder gab ich in einem Büchlein die „Konzentrationsgymnastik für zerstreute und nervöse Kinder" (Verlag Georg Thieme) an, eine Gymnastik, die mehr als eine psychische Gymnastik zu betrachten ist und dem Arzt und Heilpädagogen eine praktische Anleitung für die Gymnastikmethodik bei derartigen Kindern vermittelt.

Ich habe hier in kurzen Zügen meine praktischen Erfahrungen über die Indikationen und Grenzen der Psychotherapie beim Kind dargelegt. Alle Erfolge des Kinderpsychiaters beruhen, ganz allgemein betrachtet, auf seinen Kenntnissen als Kinderarzt, besonders auf dem Gebiet der Konstitutionsforschung, sowie auf einem gleichzeitigen Einfühlungsvermögen als Psychiater: Über all diesem muß aber die Persönlichkeit stehen — sonst bleibt man dem Kind gegenüber als Helfer unzulänglich.

VARIA

Ein Traum eines Morphinkranken

Von Dr. Fritz M. Meyer in Berlin[1])

Vorgeschichte: 49jähriger Arzt, Pfarrerssohn. Wuchs zunächst in ländlicher waldreicher Gegend auf, mit der er in großer Liebe verbunden war. Die Dorfkinder wurden seine besten Freunde. Sehr schmerzlich empfand er es, als er mit 10 Jahren zur weiteren Ausbildung in die Stadt kam, in der er sich nie behagt hat. Mit seinen Eltern war die Fühlungnahme recht erschwert: Die Mutter weich und

[1]) Siehe auch meinen Aufsatz: „Träume von Morphinkranken", Psychother. Praxis 2, H. 2, S. 74, 1935.

nachgiebig, der Vater herrschsüchtig und leicht zum Stock greifend. „Noch heute", erklärt der Pat., „kann ich mich mit meinem Vater besser verständigen, wenn wir uns schreiben."

Mit 7 Jahren ein eindrucksvolles Erlebnis: Der 1/4jährige Bruder fiel aus dem Wagen, den die Mutter im Garten fuhr. Seitdem war der Bruder gelähmt und schwachsinnig. Pat. sah, wie die entsetzte Mutter mit dem Wagen ins Haus kam. Mit 16 Jahren starb der Bruder an Krämpfen. Der Kranke litt sehr darunter, daß er niemand zur Aussprache hatte. Das Unglück des Bruders veranlaßte ihn, Arzt zu werden.

Mit 12 Jahren ein zweites Erlebnis: Pat. wurde von seinen Eltern im Wagen abgeholt. Ein Schnellzug kam entlang. Die Pferde brausten auf. Der Kutscher sprang vom Wagen. Die Eltern fielen heraus. Die Pferde sausten mit dem Pat. durch die Stadt, bis sie gegen einen Laternenpfahl rannten. Dort sprang Pat. herunter und schlug sich ein heute noch sichtbares Loch. Die Eltern sahen es von weitem. Pat. fährt noch immer gern mit seinen Kindern an die damalige Unfallstelle.

Vom 16. bis 21. Jahr litt er an echter Migräne, die am linken Auge auftrat und so lange bohrte, bis Erbrechen erfolgte. „So war es auch bei meiner Mutter".

Der Krieg mit seiner Ungebundenheit und dem fast ständigen Aufenthalt in der Natur sagte dem Kranken so zu, daß er trotz zweimaliger Verwundung und zweimaliger Verschüttung nur ein einziges Mal Heimatsurlaub nahm. 1918 Schuß in den linken Oberschenkel mit Verletzung der beiden großen Beingefäße. Dadurch Bildung eines arterio-venösen Aneurysmas. Anschließend Kontraktur des Beines im Knie. Auf Wunsch Verlegung in die chirurgische Klinik einer großen Universitätsstadt. Ablehnung des ärztlichen Vorschlages, sich das Bein abnehmen zu lassen. Einige Monate später war Pat. wieder soweit hergestellt, daß er — entgegen seinem Wunsch, auf dem Land tätig zu sein, — in der gleichen Stadt die Praxis eines verstorbenen Kollegen übernahm. 1920 Verheiratung. Die Praxis vergrößerte sich schnell. Das Bein schwoll an; die Schmerzen wurden sehr heftig; infolgedessen 1921 zum erstenmal Morphin genommen, seit 1924 kombiniert mit Atropin, das Pat. bei wissenschaftlichen Versuchen kennengelernt hatte.

Sehr bald nach dem Krieg politisch besonders aktive Betätigung. Infolgedessen häufige Abwesenheit von der Praxis; wurde in den verschiedensten Teilen Deutschlands verwandt; gleichzeitig sollte die Praxis auf gleicher Höhe gehalten werden. Diesen starken Anforderungen war der Kranke nicht gewachsen. Die Dosen wurden gesteigert. Als er zur Kur zu mir kam, machte er den Eindruck eines seelisch und körperlich verfallenen Mannes von ca. 65 Jahren.

Traum

(Eine Woche nach Beendigung der pharmakologischen Entziehung)

„Ich stand plötzlich vor einer leicht gebauten Baracke, deren Tür ich neugierig öffnete. Ich trat ein und übersah einen Raum, der durch eine Art Barriere in zwei Teile geteilt war. Der linke vor mir liegende Teil führte zu einer mit einem Vorhang verhangenen Tür. Der andere Teil jenseits der Barriere, mehr rechts vom Eingang, war ein wenig größer und führte zu zwei Türen, die beide aus festem Holz waren und keine Klinken hatten. Links befand sich niemand. Rechts sah ich nackte, mit Lederhosen bekleidete junge Männer, die mit Wucht gegen diese festen Türen anrannten. Während der eine die berannte Tür zum Aufgehen brachte, war dies dem zweiten Mann trotz Anstrengung bei der zweiten festen Tür nicht möglich. Er ging wieder zurück und traf Anstalten, den vergeblichen Versuch zu wiederholen. Neugierig schaute ich im linken Teil der Baracke durch die nur verhängte Tür und erblickte einen zweiten Raum, der genau wie der erste aussah. Die Barriere setzte sich aus dem ersten in diesen zweiten Raum fort und teilte

diesen wie den ersten in zwei Teile, die dasselbe Bild mit dem Abschluß von Türen boten wie der erste Raum. Die Anordnung war genau so im linken Raum: eine leicht verhangene Tür; im rechten zwei feste Türen — nur führten zu diesen zwei Türen etwa 4 Stufen hinauf, sodaß ich den Eindruck hatte, als ob diese nach einem höheren Ort führten. Hier befand sich ein mit Lederhose bekleideter junger Mann, anscheinend derjenige, welcher die eine feste Tür im rechten ersten Raum zum Öffnen gebracht hatte. Er schien sich darauf vorzubereiten, die im rechten zweiten Raum befindlichen Türen, zu denen die Stufen führten, mit Gewalt öffnen zu wollen. Weiter bin ich im Traum nicht gekommen, da das Bild verlosch."

Deutung des Traumes

„Die Symbolik des Traumes, beginnend mit der Baracke als den leicht zerstörbaren Wunschbildern, tritt mir deutlich vor Augen und Seele. Auch das durch eine Trennungslinie gespaltene Ich mit dem leicht erreichbaren Lebensinhalt eines falschen, betäubten Menschen gegenüber einem wahren, erstrebenswerten Dasein in Gestalt der Überwindung der festen, ja der ganz festen Türen ist mir klar und bewußt. Durch Kampf nicht allein, nur im Bunde mit innerer Wahrheit gelangt der Mensch — mein Ich in diesem Fall — zum Sieg über die Schattenseiten, die ihn mit falschen, scheinbar leichter erreichbaren Wünschen umgaukeln, um ihn dann umso tiefer in den Abgrund stürzen zu lassen. Ohne diesen Sieg über das Schein-Ich, wozu außer dem ‚Erkenne Dich selbst' nicht zum mindesten auch ‚Bekenne Dich wirklich zu Deinen Fehlern' gehört, ist ein dauernd wahres Ich und damit der endgültige Sieg über sich selbst nicht von Bestand. Also ist für diesen wie für jeden Sieg auch ein Training nötig — analog wie im Traum: Die Übung der einzelnen Gestalten zur Überwindung der festen, ja der festesten Tür. Nackt, entkleidet soll nicht nur das Körpertraining sein, wenn es den Sieg bringen soll, sondern auch die Seele. Der Geist kann nur frei und entkleidet von allem Äußeren das Training zum siegreichen Kampf durchführen. Das ist umsomehr nötig, als das Endziel immer schwerer wird (zweites Zimmer — Türen mit Stufen usw.), auf daß die von alten falschen und gaukelhaften Scheinansichten befreite Seele durch ihre eigene Klarheit und Wahrheit über alle Hindernisse des Lebens (auch die festesten und höchstgelegenen Türen im Traum) leicht hinwegschreitet und wirkliche Erfolge und einen inneren Frieden findet."

„Um vor jedem Rückfall in diese Knechtschaft des Scheinlebens bewahrt zu bleiben, muß eben die Seele so frei werden, daß jede Versuchung in dieser Hinsicht nicht nur überwunden wird, sondern überhaupt garnicht wieder in den Gedankenkreis des Daseins kommen darf. Eine so gekräftigte und gesunde Seele wieder zu besitzen — war der tiefere Antrieb dazu gewesen, durch Befreiung vom Dämon Morphium wieder zum freien Ich und damit zu einem tatenfrohen und tatkräftigen Lebensinhalt zu gelangen. Somit muß der Anschluß wieder hergestellt werden an den Punkt, wo das hervordrängende wahre Ich durch irgenwelche Einwirkung langsam zurückgedrängt worden ist. Vorhanden muß es gewesen sein, sonst könnte ja das Unterbewußtsein vor dem, was falsch und wahr ist, die Menschen nicht vor die Aufgaben stellen: ‚Besinne Dich, Du lebst falsch! Erkenne Dich und damit das Echte! Streife Dein Scheinleben ab und kehre zur inneren Wahrheit zurück' "!

„Nach diesem nur scheinbar komischen Traum bin ich also zu ganz eindeutigen klaren Gedanken gekommen. Die Entwicklung hat mich wieder den Anschluß finden lassen an das, was war, ist und bleibt. Einen Namen hierfür zu finden, ist vielleicht ein müßiges Beginnen (Namen sind Schall und Rauch). Und doch kann ich nur unter dem Begriff des Namens ‚das Werden' die ganze Gedankenwelt, die sich mir auftut, fassen. Es führt mich zum ‚Sein', zum wirklichen Sein!"

„Damit ist es mir nicht nur möglich, all die Nichtigkeiten des Lebens vom höheren Standpunkt aus zu verstehen und zu überblicken, sondern sie auch für mich ungefährlich zu machen. Und damit kommen meine Gedanken von mir zur Umwelt. In welche traurige Verbindung habe ich mich mit meinen liebsten Menschen (Frau, Kinder, Eltern usw.) gebracht! Und wie anders wird das werden! Scham steigt mir auf bei diesem Gedanken! Und doch habe ich etwas getan, woraus ich immer wieder die feste Hoffnung schöpfen kann, daß ich doch den Anschluß an das wahre Sein meines Ichs finden und nie wieder verlieren werde. Ich habe meine Frau und Kinder schon immer an die Stätte meiner frohen und reinen Kindheit geführt, habe ihnen die Stätte meiner Freuden in Haus, Hof, Wald und Bergen gezeigt und gesehen und gefühlt, wie sie dort auch glücklich waren. Ist das nicht auch eine symbolhafte Wandlung und Darstellung für das ‚Werden' zum ‚Sein'!"

Während des weiteren Hierseins baute der Patient, beeindruckt durch das Erlebnis des Traumes, seine Gesundung noch so kraftvoll aus, daß er mich nach 6 Wochen besonders gefestigt verlassen konnte, selbstverständlich entschlossen, meine Mindestforderungen (einjährige ambulante seelische Behandlung, Quarantänen, Verzicht auf Alkohol) uneingeschränkt durchzuführen.

Priapismus als prä- und postmortales Symptom

(Historisches)

Von Privatdozent Dr. I. Fischer in Wien

J. Plesch hat vor einigen Jahren Erektionen nach jahrzehntelang bestandener Impotenz als prämortales Symptom beschrieben.[1]) Im Anschluß an diese Mitteilung hat H. Vorwahl einige historische Notizen veröffentlicht, die aber weniger das prämortale als das postmortale Auftreten betreffen und bis auf die altägyptische Osiris-Legende zurückgehen.[2])

Als Symptom sowohl lokaler wie Allgemeinerkrankungen ist Priapismus sehr häufig beschrieben worden; ich brauche diesbezüglich nur auf die erschöpfende Zusammenstellung von O. Scheuer hinzuweisen.[3]) Über Erektion und Ejakulation bei Erhängten hat A. Goetz schon 1898 das Material gesammelt.[4])

Über agonalen Priapismus berichtet zuerst J. D. Gohl,[5]) der erzählt, daß man in den Türkenkriegen zahlreiche Fälle von Priapismus beobachtet habe, was durch den Umstand begünstigt wurde, daß man nach den Gefechten die Gefallenen ihrer Kleider beraubte. Man erklärte sich, so berichtet er weiter, diese Erscheinung dadurch bedingt, daß die Türken, Perser und Inder sich vor dem Kampf durch Genuß von Opium Mut zu verschaffen suchten. Aber man hat diese Erscheinung auch bei christlichen Soldaten beobachtet. Diesbezüglich beruft er sich auf eine Mitteilung von D. Ludovicus,[6]) der auf Grund des Berichtes einer Frau, die nach der

[1]) Med. Welt 1931, Bd. 5, S. 622.

[2]) Sudhoffs Arch. 1933, Bd. 26, S. 200.

[3]) Arch. Dermat. 1911, Bd. 109, S. 449.

[4]) Über Erektion und Ejakulation bei Erhängten. Inaug.-Diss., Berlin 1898.

[5]) De foedo priapismo in agonizante, colica spasmodica laborante, a me observato. Selecta med. Francof. ad Viadr. 1737—39, Bd. 1, S. 116.

[6]) Ephem. N. C. Dec. I, ann. IX u. X. Norimb. 1693, S. 348.

Schlacht von Lützen (1632) ihren Mann auf dem Schlachtfeld suchte, erzählt, daß man, um die vollkommen entstellten Toten zu agnoszieren, nach charakteristischen Merkmalen am Körper gesucht und dabei gefunden habe, daß die „genitalia satis propendula nec fere corrugata fuerunt". Bezüglich des Opiums wäre zu sagen, daß man schon lange annahm, daß durch einmalige oder nur kurze Zeit gereichte mittlere Opiumgaben die Geschlechtstätigkeit erhöht werde.

Zuletzt hat S. Scheidegger[1]) 1932 zwei Fälle von Priapismus mitgeteilt, die über den Tod hinaus bestanden: im ersten Fall handelte es sich um einen 62j. Mann, bei dem die Sektion ausgedehnte Thrombosen der Beckenplexusse sowie einen Mastdarmkrebs ergab, im zweiten Fall um einen 28j. Mann, bei dem eine hämorrhagische Infarzierung des Beckenbindegewebes und der Geschlechtsorgane, die im Verlauf eines akuten grippeartigen Infektes auftrat, festgestellt wurde.

Die Beobachtungen von über den Tod hinaus bestehendem Priapismus sind aber keineswegs neuen Datums; darum seien folgende, anscheinend wenig bekannte Stellen aus der auch medizingeschichtlich interessanten Zimmernschen Chronik hier wiedergegeben. Diese um die Mitte des 16. Jahrhunderts niedergeschriebene Chronik erzählt uns von einem Mann, Potator und „epilepticus", der im Oktober 1553 in Speyer starb: „Do haben sie in todt gefunden, nackendt uf dem boden an dem ruggen ligen und ist ime sein mannlich glidt so hart und ufrecht gewesen, als ob das gefroren oder er noch gelept het . . . der also mit ragender pfeifen von dieser Welt abgeschaiden".[2])

Hier müssen wir die Epilepsie oder eine infolge des Falls zustande gekommene Verletzung des Halsmarks als Ursache des Priapismus annehmen.

Im Anschluß an diesen Fall erzählt nun dieselbe Chronik „von einem lieben hailigen, nit weit von der stat Burges in Frankreich, haist zu S. Oliverga, der soll auch ain sollichs endt genommen haben, daher dann die schönen frawen zu Burges und auch uf dem landt des herzogthumbs Berri bei meinen zeiten eine grose walfart zu seiner kirchen heten angericht, merthails die unberhaft [unfruchtbar] waren und gern kinder hetten gehapt. Und wie man sprücht, so ist es vilmals gerathen, insonderheit die nach beschehener walfart des pacem redeundo bei den faisten münchen zu S. Ambrosio mit andacht und einer gueten gotzforcht sich haben thailhaftig gemacht". Das ist also dieselbe Erklärung, wie sie um diese Zeit für erfolgreiche Badekuren gegen Sterilität gegeben wird. Verdächtig ist der Name Oliverga (verga = virga).

Daß aber das Auftreten des Priapismus in Krankheiten sowie als prämortales Symptom ziemlich bekannt gewesen sein muß, beweist wohl der Schlußsatz: „Es ist nit weniger user natürlichen ursachen begeben sich zu zeiten dergleichen sachen im absterben, dergleichen auch in etlichen krankheiten".

Schließlich erzählt dieselbe Chronik von einem Bruchschneider zu Überlingen anno 1562: „der ist wenig tag vor seinem absterben in einer unbesinten weis so unrübig in der bruch [Geschlechtsteil] worden und het ain solchen priapismum überkommen, das in aller krankhait sein weib zu im kommen, sich nackend abziehen muesen . . . des andern tags ist er gestorben".

Die auch bei O. Scheuer nicht angeführte Arbeit von A. C. Gore „Persistent priapism, even after death", Med. Council, Philadelphia 1902, Bd. 7, S. 406, war mir weder im Original noch im Referat zugänglich.

---

[1]) Virchows Arch. 1932, Bd. 283, S. 178.

[2]) 2. Aufl., Bd. 3, S. 602 f.

Bericht aus Skandinavien

Die schwedische Zeitschrift „Svenska Läkareselskabets Förhandlingar" bringt in Heft 1, 2 und 3 des laufenden Jahrgangs eine interessante Auseinandersetzung zwischen mehreren Mitgliedern der schwedischen Ärztegesellschaft über die Frage der Gründung einer besonderen Sektion für psychotherapeutische Forschung innerhalb dieser Vereinigung.

Der Vorschlag zu dieser Gründung ging von einer Gruppe von Mitgliedern aus, unter Führung von Dr. Poul Bjerre, dem bekannten Psychotherapeuten und angesehenen langjährigen Mitglied der internationalen „Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie".

Derselbe Vorschlag, welcher z. B. in Dänemark rasch und reibungslos durchgeführt wurde, wurde in Schweden heftig diskutiert. Verschiedene Elemente innerhalb der Vereinigung lehnten die Gründung einer eigenen psychotherapeutischen Sektion ab, hauptsächlich unter dem Vorwand, daß deren Interessen durch die schon bestehende neurologische und psychiatrische Sektion gewahrt würden.

Trotz der glänzenden Rede Dr. Bjerres, deren zündende Wirkung auch seine Gegner zugeben mußten, wurde die Frage von der Vereinigung mit 61 gegen 25 Stimmen abgelehnt.

Es ist merkwürdig, daß in heutiger Zeit die Stellung der Psychotherapie innerhalb der ärztlichen Disziplinen noch problematisch sein soll und daß Dr. Bjerre nach 25j. verdienstvollen Wirken für diese Richtung keine spezielle Fraktion durchzusetzen vermochte.

Zu ungunsten der Psychotherapeuten sprach allerdings der Umstand, daß viele von ihnen nicht gegen, ja manche von ihnen sogar ausgesprochen für die sogenannte „Laienanalyse" eingestellt sind — welche von den meisten Ärzten mit Recht als eine Gefährdung der Patienten und Beeinträchtigung der ärztlichen Würde angesehen wird.

Dr. Oluf Brüel, Kopenhagen.

Die Verbreitung der Neurosen in England

Auf Grund einer Schätzung wurden kürzlich die Einwohner unserer Inseln, die von jenem Zustand, den man Psychoneurose nennt, in einem solchen Grad befallen sind, daß sie ärztlicher Beratung oder Behandlung bedürfen, auf 3 Millionen geschätzt. Mit dieser erstaunlichen Feststellung ging das Verlangen nach einer größeren Zahl ärztlicher Psychologen Hand in Hand. Das gilt in erster Linie für den Norden Englands, wo sich die Folgen der industriellen Situation bei den Arbeitslosen und ihren Familien besonders in seelischer Beziehung zeigen. In Schottland wurden vor kurzem 1000 versicherte Personen untersucht, die krank gemeldet waren und sich auf ein ärztliches Zeugnis berufen konnten; das Ergebnis war in einem Drittel der Fälle irgendeine Form von Psychoneurose. Das Maximum der Erkrankungen liegt in den Jahren zwischen 35 und 45 und betrifft Männer mehr als Frauen. Auch ist bei den Männern ein deutlicher Zusammenhang zwischen ihrer Arbeitslosigkeit und dem Auftreten der seelischen Krankheit nachzuweisen. Der Optimismus der offiziellen Gesundheitsberichte erscheint somit nicht ganz gerechtfertigt. Erstaunlich ist aber vor allem das Ergebnis der Untersuchung, daß von 335 diagnostizierten Psychoneurosen nur 77 als solche gemeldet sind und bei allen übrigen Fällen Fehldiagnosen wie Gastritis, Schwäche, Blutarmut, Rheumatismus u. dgl. m. in den Zeugnissen vorliegen. Die Sachlage ist äußerst unbefriedigend, wenn wir bedenken, daß eine richtige Behandlung zunächst eine richtige

Diagnose bedingt; und daß sich — insoferne wir den vorliegenden Tatbestand als typisch ansehen können — in der Führung der offiziellen Krankheitsstatistik schwere Irrtümer nachweisen lassen. Für eine entsprechende Therapie bedürfen wir somit dringend ärztlicher Psychologen. Danach wird sich die Ärzteschaft zu richten haben. Als Abhilfe für den Notfall wurde darauf hingewiesen, daß es in den psychiatrischen Anstalten medizinische Beamte gibt, die entbehrlich und zur Arbeit an den neurotisch Kranken verwendbar wären. Wie dem auch sei, gewiß ist, daß dieses Erbe aus der Kriegszeit äußerste Aufmerksamkeit erfordert.

Alan Moncrieff

(Aus: S. A. Medical Journal, Vol. IX, No. 10, 1935.)

LESEFRÜCHTE

Aus einer Rede über die Tugend[1])

Von Paul Valéry

Tugend, meine Herren, das Wort Tugend ist tot, oder wenigstens liegt es in den letzten Zügen. Tugend — das sagt man kaum noch. Dem heutigen Geist bietet es sich nicht mehr von selbst dar, als unmittelbarer Ausdruck des Gedankens an eine tatsächliche Realität. Es gehört nicht mehr zu einem der unmittelbaren Grundbegriffe des lebendigen Wortschatzes in uns, dessen Leichtigkeit und Häufigkeit die wirklichen Bedürfnisse unserer Sensibilität und unseres Intellekts anzeigt. Die Chancen, daß dieses Wort unsere innere Tatkraft aufruft, sind gering; und man kann geradezu darauf wetten, daß man ein ganzes Jahr hindurch leben und nachdenken, handeln und überlegen kann, ohne daß man in die Notwendigkeit käme, es auch nur ein einziges Mal mit Empfindung zu denken.

Was mich betrifft, so gestehe ich, ich habe es niemals gehört . . . oder vielmehr (was noch schlimmer ist) nur äußerst selten — und immer mit spöttischem Klang — in den Äußerungen der Welt. Das könnte bedeuten, daß ich nur mit ziemlich schlechten Menschen umgehe, — wenn ich nicht hinzufügte, daß ich mich auch nicht erinnere, es in den meistgelesenen und selbst in den geschätztesten Büchern unserer Tage gefunden zu haben. Schließlich sehe ich keine Zeitung, die es druckte, noch — fürchte ich — zu drucken wagte, ohne sich darüber lustig zu machen. Werden wir es wagen, meine Herren, die Wahrheit zu sagen, wenn, binnen kurzem, „Tugend, weibliches Substantiv", vor uns kommen wird, sich für seine Stelle im Wörterbuch der Académie anzubieten? Werden wir uns sagen, daß dieses Wort seltener als selten im Gebrauch ist — rarissime — fast ungebräuchlich? Ich bin sicher, daß wir es nicht wagen werden, das heißt, daß wir uns etwas beschämt fühlen würden, anzuerkennen, was ist.

Unsere Zeit, meine Herren, ist in uns, was wir auch davon halten mögen, und sie ist nichts anderes als wir. Wenn ich finde, daß „Tugend" dahinsiecht und stirbt in dieser Zeit, muß man nicht sich selbst in dieser Tatsache wiedererkennen, diese Agonie, die sich in uns selber vollzieht, einer Prüfung unterwerfen, und ihre ganze Tiefe ermessen?

Ein Wort, das neu auftaucht, ist mitunter eine ganze Welt von Beziehungen, eine Sphäre von Aktivität, die sich ankündigt. Ein Wort, das seine Kraft, seine Gebrauchshäufigkeit und seine Ursprünglichkeit verliert; ein Wort, das nur noch von

[1]) Gehalten am 20. Dezember 1934 vor der Académie Française, anläßlich der Verteilung des „Tugendpreises" Montyon. Mitgeteilt von Arthur Kronfeld.

uns allein in Ehren gehalten wird in unserem ziemlich exklusiven Wörterbuch zum Gedächtnis und als die Asche einer Idee, die kein Leben mehr hat, — dieses Wort kann uns durch seinen Verfall noch etwas lehren: selbst das Außer-Gebrauchkommen verleiht einem sterbenden Ausdruck eine Art höchsten Sinngehalt.

Das Wort „Tugend" verfällt der Lächerlichkeit. Es scheint zu schön, um auf den Lippen moderner Menschen wahr zu sein. Man erträgt das Wort Tugend höchstens in der Behördensprache. Aber man scheut sich, diesen reinen Namen vor geistigen Menschen auszusprechen. In den Büchern und Reden wird die breite Schilderung erhabener Gefühle immer seltener und immer weniger erträglich. Es scheint, als ob eine Art neuen Schamgefühls ihnen immer mehr erschwert, sich kundzugeben, indessen die Sensationen, die Leidenschaften, die materiellen Interessen ausschließliche Themen der Literatur werden, die sich einerseits mit der Sittenschilderung, andrerseits mit ihrer erneuten Ästhetik, also bedeutsamen Vorzügen, recht gut entschuldigen kann.

In einigen Jahren ungefähr könnte man den kritischen Moment bestimmen, wo unser Wort „Tugend" nur noch in dem Katechismus und in den Possen, in der Académie und in den Operetten vorkommen wird, ist das nicht eine recht bemerkenswerte Tatsache?

Ich will hier nicht eine Art von Gegenprobe machen und auf der Stelle untersuchen, ob ehemals sehr schlecht angeschriebene Ausdrücke, die wegen ihrer Niedrigkeit und Gemeinheit von den Unterhaltungen der Gesellschaft und den anerkannten Büchern ausgeschlossen waren, heute nicht ganz unzweideutig und sogar mit allgemeiner Billigung und recht erstaunlicher Ungezwungenheit ausgesprochen und gedruckt werden.

Meine Absicht läuft darauf hinaus, das seltsame Fortschreiten einer Änderung der Sprache in einem bestimmten Sinn vor Augen zu führen. Die Schamhaftigkeit in der Rede scheint buchstäblich pervertiert: die Zurückhaltung wechselt ihr Bezugsobjekt; was man früher pries, wagt man nicht mehr auszusprechen; was man tadelte, was man verhüllte, das stellt man in vollen Ausmaßen zur Schau. Ohne darauf zu achten, nehmen wir teil und Anteil und Mitwirkung daran, daß der unmittelbare Ausdruck der einst verehrungswürdigsten und heiligsten Dinge von aller Welt verschmäht wird. Dieser Prozeß ist in meinen Augen eines jener wahrhaft historischen Ereignisse, welche die herkömmliche Geschichtsschreibung kaum verzeichnet. Ist diese doch gewöhnt, nur das zu erfassen, was unmittelbar oder gar traditionell sichtbar ist. Der Geist hingegen, wenn er sich nicht begnügt mit dem, was man ihm darbietet, und wenn er seine Fähigkeit ausübt zu bestaunen und zu fragen, verfügt über sehr verschiedene Erleuchtungen, deren Strahl auf Dokumente und auf Tatsachen gerade solche Beziehungen und Erscheinungen enthüllt, die auf den ersten Blick nicht wahrnehmbar sind.

W e r s i n d w i r ? Oder vielmehr: w i e sind wir, wir Menschen von heute, die ohne sich dessen bewußt zu sein, darauf verzichten, von Tugend zu sprechen und vielleicht sogar darauf, den erhabenen Gedanken in uns leben zu fühlen, den dieses Wort einst in seiner ganzen Kraft wachrief? Bezeichnet dieser Verzicht, den ich versucht habe Ihnen fühlbar zu machen, eine Wesensänderung des moralischen Menschen? Sollte unser Zeitalter unter so vielen anderen wuchernden und manchmal unmenschlichen Neuerungen auch eine so große und verabscheuungswerte Wandlung bringen in dem, was ich die e t h i s c h e S e n s i b i l i t ä t d e r E i n z e l m e n s c h e n nennen möchte, — in dem Bilde, das sie sich von sich selbst und ihresgleichen machen, in der Bewertung, die sie ihrem Tun und seinen Folgen beimessen? Soll man annehmen, daß das Zeitalter von Gut und Böse hinter uns liegt?

Daß das Laster und die Tugend nur noch Museumskaryatiden sind, symmetrische Figuren einer primitiven Mythologie? Daß Gewissen, Selbstlosigkeit, Selbsthingabe, Aufopferung bloß veraltete Spitzfindigkeiten sind, psychologische Kuriositäten, oder Komplikationen und Anstrengungen, mit denen das Dasein des modernen Menschen sich nicht mehr zu belasten braucht, ja für welche die präzise Verstandesbildung nicht einmal mehr ein Verständnis übrig hat?

Jede Moral gründet sich endgültig nur auf das Bild, das der Mensch vom Menschen und seinem Schicksal hat. Seit vielen Jahrhunderten hat die abendländische Menschheit nicht aufgehört, am Aufbau der Persönlichkeit zu wirken. Langsam, mühevoll, mitunter schmerzlich ist der zivile, politische, juristische und metaphysische Wert des Einzelnen geschaffen und schließlich zu etwas Absolutem erhoben worden.

Unsere Generation wird in einigen Jahren die Idee vom Menschen von dieser höchsten, durch so viele Jahrhunderte erarbeiteten Bedeutung zu einer ganz anderen Vorstellung sich wandeln sehen. Künftig wird von sehr vielen Menschen der Mensch nur als Bestandteil ergriffen werden, der bloß innerhalb des sozialen Systems Wert hat, nur durch dieses System und für es vorhanden ist, nur noch ein Mittel des Kollektivlebens; und jeder besondere Eigenwert wird ihm abgesprochen werden; denn er kann nichts empfangen und geben als mit Bezug auf die Gemeinschaft.

Also sprechen wir vielleicht deshalb nicht mehr von Tugend, weil dieser Ausdruck gebunden ist an das Schicksal der Idee vom Einzelmenschen als Selbstzweck? Bedeutet nicht das Verschwinden des Wortes, daß die Sache selbst aus unserer neugeformten Welt verschwindet, und daß es, wenn diese Welt einmal streng durchorganisiert sein wird, keinen Platz und keine Gelegenheit in ihr mehr geben wird für diese nichtorganisierbare Macht, diese seltene „virtus", die Einzelne adelt, sie aufrichtet gegen die instinktiven Kräfte der Masse, und ihnen die Gabe verleiht, ebenso schöpferische Taten zu vollbringen wie Meisterwerke des Herzens, manchmal unglaubhaft schöne, bisweilen wunderbar raffinierte? Was ist so schöpferisch wie das Gute, feinfühlig geübt? Kann man sich auf edlere Weise vor seinesgleichen auszeichnen als durch Liebe? Aber wenn kalte Gerechtigkeit triumphiert und ihr Reich errichtet, findet die Liebe keine Verwendung mehr in der Gesellschaft.

Für den Umgang mit Kranken[1])

Intuition ist Erfahrung in der Gestalt eines Instinkts.

*

Beachte das ungeschriebene Gesetz, nach dem du keinen Patienten einer fahrlässigen Seelenverletzung aussetzen darfst.

*

Tröste deine Kranken nicht mit eigenen Leiden, das überzeugt nur selten. Tröste sie mit deiner Kraft.

*

Wenn du glaubst, grob sein zu müssen, so sei es doch in mitfühlender Art.

---

[1]) Aus dem gleichnamigen Kapitel des vorzüglichen Büchleins: „Über Ärzte und Patienten" von Prof. Dr. Herm. F. Hoffmann, Gießen. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1935.

REFERATE

Allgemeine und spezielle Psychotherapie

Siebeck, R. (Heidelberg): **Begriff und Stellung der Medizin.** Im Lehrbuch der inneren Medizin, 2. Auflage, Verlag J. Springer, Berlin 1934, S. 1—50.

Siebecks Auseinandersetzungen über Sinn und Aufgabe der Heilkunde sind hochbedeutsam und verdienen es, im Übermaß des Lehrstoffs nicht unterzugehen. Einige Streiflichter: Die letzte klassische Epoche der Medizin ist gekennzeichnet durch das Einströmen der modernen Naturwissenschaften in das Erfahrungsgut aus alter Überlieferung. So wertvoll diese Epoche war, wir stehen an deren Wende: bedeutende Ärzte stehen fernab von der „wissenschaftlichen" Medizin. Medizin ist nicht angewandte „Naturwissenschaft", sie wendet Naturwissenschaft an, jedoch nach ihrem eigenen Gesetz. Der Kranke kann durchaus nicht nur nach den Gesetzen der Physik und Chemie verstanden werden, sondern er ist ein lebendiger Organismus mit besonderer Konstitution, mit Leib und Seele, steht als Persönlichkeit im Leben, in gegebenem Raum, in sozialer Verbundenheit, mit Konflikten und Aufgaben. Der Kranke sucht den Arzt auf, weil er leidet. Leiden ist eine psychische Gegebenheit, abhängig nicht nur von den Vorgängen im Körper, sondern auch von seelischen Zusammenhängen. Die heutige Medizin beschäftigt sich ungleich mehr mit den seelischen Zusammenhängen als noch vor 30 Jahren, es ist für die Medizin von größter Bedeutung, daß hier durch neue Methoden (lies: Psychoanalyse) ein neues Gebiet eröffnet wurde, welches die Medizin vertieft und wandelt. Er weist auf die Grunderkenntnisse Freuds, Adlers, Jungs hin.

Funktionelle Störungen sind im Prinzip beeinflußbar, wenn im Speziellen auch der Beeinflussung größte Schwierigkeiten entgegenstehen; sie können psychogen bedingt sein, sind es aber keineswegs immer. Bei Störungen der Funktion ausgedehnter Funktionssysteme schließen wir auf Beteiligung der übergeordneten, regulierenden Apparate und sprechen von einem „labilen vegetativen System". (Dies ist leider ein noch sehr vager Begriff!)

Siebeck weist darauf hin, wie sehr die Beeinträchtigung durch eine gegebene Krankheit auch von der Haltung, von der Einstellung des Kranken zu seiner Krankheit abhängt. Der ist am besten gestellt, dessen soziale und wirtschaftliche Existenz größere Belastungen erträgt, aber auch der, der zu entsagen und zu überwinden vermag, der einsieht, um was es geht. Viel liegt an der Persönlichkeit des Patienten, aber auch am Arzt, dem die Aufgabe erwächst, den Kranken richtig zur Krankheit einzustellen — oft ein sehr wesentlicher Teil ärztlicher Krankenbehandlung. Aus dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird Bindung und „Übertragung". Sie werde geleitet durch ärztliche Sachlichkeit. Die ärztliche Arbeit ist ihres Lohnes wert; es ist nicht gut, wenn der Arzt sich die Rolle des Wohltäters anmaßt. Es wird hingewiesen auf die Mißstände, die durch die vereinfachte Medizin der Krankenkassen entstehen müssen. Arztes Arbeit muß Kunst bleiben. — Aus der „Krankenbehandlung" mag hervorgehoben werden: „Schließlich schafft immer die Heilkraft der Natur die Heilung. Aber die Heilkräfte der Natur sind nur wirksam, wenn sie vernünftig gepflegt und gebraucht, wenn günstige Bedingungen für sie geschaffen werden. Das ist Arztaufgabe." Dies stimmt ebenso in der Psychotherapie.

Willy Bircher (Zürich).

David-Neel, Alexandra: Heilige und Hexer. Mönche und Strauchritter. Meister und Schüler. Sämtlich erschienen im Verlag F. A. Brockhaus, Leipzig.

Eine Frau, getrieben von tiefem Interesse für die Kulturen und Religionen des Ostens, unternimmt das Wagnis, 14 Jahre unter den schwierigsten Umständen durch Asien zu pilgern. Sie durchstreift Indien, Ceylon und China, Japan und Korea; und vor allem die Gebiete des Himalaya und Tibets, in die zum Teil noch kein Europäer vorgedrungen ist. Sie lebt über ein Jahrzehnt in den Klöstern und Einsiedeleien von Tibet, in denen sie die berühmtesten Lamas zu ihren Lehrern hat — ihre Gönner sind der Maharadscha von Sikkim und der Dalai Lama — und die mystischen Weihen empfängt. Die Berichte über diese Reisen hat sie in den drei genannten Büchern niedergelegt. Ein verständnisvoller und kritischer Bericht, wie der von David-Neel, liefert auch dem Psychologen eine Fülle von merkwürdigen Erfahrungen aus dem klassischen Land der Meditation und Introspektion. Vor allem die beiden Bücher „Heilige und Hexer" und „Meister und Schüler" sind an Berichten über Meditations- und Yogazustände dermaßen reich, daß in einem Referat nur kurze Andeutungen gegeben werden können.

Den Psychologen wird dabei nicht sosehr die metaphysische und religiöse Seite interessieren, als vielmehr in erster Linie die psychische. Im Mittelpunkt steht dabei ein profundes Wissen um die Macht des Gedankens, und eine dementsprechend raffinierteste Systematik der Gedankenkonzentration. Ein tibetanisches Sprichwort sagt: „Mit Verehrung kann man selbst einen Hundezahn zum Leuchten bringen" (was aber nicht etwa spöttisch gemeint ist, sondern vielmehr ausdrücken soll, wie sehr der Gegenstand der Anbetung seinen Wert nur durch die ihm bezeugte Ehrerbietung erhält). Um die mystischen Weihen zu erlangen, muß der Jünger einen ganzen Kosmos von Göttern und Dämonen aus sich heraus verlebendigen; eine Aufgabe, die ihre reale psychische Gefahr dadurch erweist, daß nicht wenige der Schüler den von ihnen heraufbeschworenen Gestalten erliegen. Was hier getrieben wird, könnte man vielleicht als eine systematische Projektion immer tieferer kollektivunbewußter Schichten auffassen, die schließlich zu einer für den Europäer nur in den seltensten und kompliziertesten Fällen möglichen Entsubjektivierung führt. Die letzte Stufe der Erkenntnis ist dann die, daß auch dieser ganze Kosmos von Göttern und Dämonen nur ein Blendwerk ist, „das im Geist sein Dasein hat, aus ihm entsteht und sich in ihm wieder auflöst". Die Berichte von den mystischen „Pilgerfahrten" tibetanischer Heiligen, die ihnen von ihren Lehrern aufgetragen wurden, sind in ihrer psychischen Intensität einer Divina Commedia würdig; und oft genug wird man an die Traum- oder Phantasiereihen europäischer Analysanden erinnert. — Interessant sind die Auffassungen über Traum und Unbewußtes. Traumhandlungen und -gedanken haben die gleichen Folgen wie die des wachen Zustandes, denn es ist der wahre Mensch, der während des Traumes handelt; der Schlaf räumt die gesellschaftlichen Zwänge des Wachdaseins beiseite, und die wahre triebhafte Natur enthüllt sich. Dementsprechend halten die Mystiker nicht viel von der Selbstbeherrschung, da die in die Tiefen des Geistes und des Körpers zurückgedrängten Kräfte dort weiter wirken. „Das ist auch der Grund, weshalb eine Maßnahme, die irgendeine beliebige Handlung unterdrückt, ohne aber zugleich das Gefühl, das dahinter steht, zu vernichten, für nutzlos gilt, und dem geistigen Wachstum sogar schädlich sein soll" („Meister und Schüler").

Auch für andere, den Psychologen angehende Gebiete enthalten die Bücher zahlreiche Merkwürdigkeiten. So z. B. für das Gebiet der Atemübungen (hierunter fällt auch die Technik des „Tumo", der inneren Wärme, die es dem Eingeweihten mit Hilfe von Atemübungen ermöglicht, inmitten größter Kälte zu leben), der Gedankenübertragung, der double personalité u. a. m. Gerhard Adler (Berlin).

Wilhelm, Richard und C. G. Jung: Das Geheimnis der Goldenen Blüte. Dornverlag, Grete Ullmann, München.

Zu welch weitgreifender Bedeutung für den Psychotherapeuten die östlichen Theorien zu gelangen vermögen, wenn sie in einer adäquaten Weise dem abendländischen Bewußtsein assimiliert werden, zeigt das Buch von C. G. Jung und Richard Wilhelm „Das Geheimnis der Goldenen Blüte". Wilhelm veröffentlicht hierin einen alten Text chinesischer Mystik, und Jung schreibt einen „europäischen Kommentar" dazu. In ihm macht Jung den bedeutsamen Versuch, östliche Zentralbegriffe wie Tao oder das Gegensatzpaar Yang-Yin für das Verständnis auch der abendländischen Psyche fruchtbar zu machen. Dabei kann Jung nicht oft und scharf genug betonen, daß es sich nicht um eine läppische Anähnelung und Anbiederung des Westens an den Osten handeln darf, sondern vielmehr um eine mit allen psychologischen Kautelen unternommene Übersetzung. Jung sieht in diesen und anderen zentralen Begriffen archetypische Vorstellungen aus der Schicht des kollektiven Unbewußten wirksam, „dem gemeinsamen Substrat jenseits aller Kultur- und Bewußtseinsunterschiede". Der Gegensatz von Yang und Yin, d. h. von männlichem und weiblichem Urprinzip spielt als Konflikt zwischen „Bewußtsein" und „Leben" in zahlreichen europäischen Neurosen, vor allem der zweiten Lebenshälfte, eine große Rolle. In diesem Sinn sieht Jung in der Neurose die noch unassimilierten Kräfte des Unbewußten am Werk, die der andern, vernachlässigten Seite der Psyche zum Durchbruch verhelfen sollen. Östlich gesprochen würde mit der letzten Vereinigung der Gegensätze die Stufe des Tao erreicht sein.

Für die praktische Psychotherapie ist in dem Buch besonders aufschlußreich, was Jung über die Methode der bildlichen Darstellung des Unbewußten schreibt. Es handelt sich dabei vor allem um Darstellungen vom sogenannten „Mandala"-Typus, d. h. gewissen kreisartigen Figuren mit Betonung der vier Kardinalpunkte, etwa z. B. in Blumen-, Kreuz- oder Radform. Jung fand, daß derartige Darstellungen, denen in den Lehren der östlichen Meditation eine zentrale Stellung zukommt (die Bücher von Alexandra David-Neel geben mit ihren Hinweisen auf die Rolle des „Kyilkhor" und des „Mandala" als magischer Kreise zahlreiches Material dazu), ganz spontan bei seinen Analysanden auftraten; denen dann immer die Bedeutung entscheidend progressiver Symbole zukommt. „Die magischen Gebräuche sind ja nichts anderes als Projektionen seelischen Geschehens, die hier ihre Rückanwendung auf die Seele finden, als eine Art von Bezauberung der eigenen Persönlichkeit, d. h. eine durch anschauliches Handeln unterstützte und vermittelte Rückführung der Aufmerksamkeit oder, besser gesagt, der Anteilnahme auf einen innern heiligen Bezirk, der Ursprung und Ziel der Seele ist und jene einst gehabte, dann verlorene und wiederzufindende Einheit von Leben und Bewußtsein enthält". — Ganz abgesehen von den Resultaten, die sich in dem „Geheimnis der Goldenen Blüte" aus der Zusammenarbeit des Psychologen und des Sinologen ergeben, ist dieses Buch wohl die beste Brücke zu der Eigenart der Jungschen analytischen Psychologie.

Gerhard Adler (Berlin).

Braun, Adolf: Krankheit und Tod im Schicksal bedeutender Menschen. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1934, 104 Seiten, geh. RM 3.60, geb. RM 4.80.

Ein Nachschlagwerk, das lexikonartig über Krankheit und Tod von etwa 250 bedeutenden Menschen berichtet. Manche psychologische Betrachtung ist eingeflochten; wertvoll erscheinen auch viele der beigefügten Zitate. Der Stoff ist nach einzelnen Krankheitsgruppen geordnet und dürfte für statistische Betrachtungen eine gute Unterlage bieten.

Willy Bircher (Zürich).

Zutt, Jürg: Über die gegenwärtige Situation der Psychotherapie. Nervenarzt 8, H. 1, 1935.

Diese „kritische Besinnung" ist besonders beachtenswert, weil sie aus der Klinik Bonhoeffer stammt. Verf. meint, es habe sich herausgestellt, daß nicht nur die endogenen Psychosen, sondern auch die Zwangsneurosen psychotherapeutisch unangreifbar seien. Ferner habe sich die Ausbildung einer spezifisch-therapeutischen Methode immer mehr als Utopie erwiesen. Der Begriff der Neurose sei verschwommen geworden; er umfasse nicht mehr bloß Krankheitszustände, sondern alle „Leiden der Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat" (Jung). Das Ziel der Behandlung sei ein religiöses; es solle den Leidenden zu einem entscheidenden inneren Erlebnis hinführen. Und der Weg dazu sei keine Methode, sondern „ein Wagnis, das unbedingten Einsatz der Persönlichkeit erfordert", eine „heroische Haltung". Damit sei die Psychotherapie unberechtigterweise in das Gebiet der religiösen Seelsorge eingedrungen. Wenn auch der Arzt der Freund des Kranken sein solle, so gebe es doch grundlegende Unterschiede zwischen der Hilfe des Arztes und des Seelsorgers. Verfehlt sei der Versuch, eine seelsorgerische Aufgabe im Rahmen ärztlicher Berufsformen zu erfüllen. Dazu käme noch die peinliche und widerspruchsvolle Situation des Arztes, der sich für die „heroische Haltung" des „Einsatzes der ganzen Persönlichkeit" ein Stundenhonorar zahlen lasse. Diese Frage sei geradezu der Höhepunkt einer abwegigen Entwicklung.

Hierzu ist zu bemerken: Es ist bedauerlich, daß der Verf. noch niemals erlebt hat, wie eine Zwangsneurose psychotherapeutisch zur Heilung gelangt. Jeder erfahrene Psychotherapeut kann hier dem Verf. zu einer Erweiterung seiner empirischen Kenntnisse verhelfen. Ferner besteht wirklich keinerlei Grund anzunehmen, daß in der Psychotherapie — oder in sonst einer ärztlichen Kunst — Methode und Gesinnung einander ausschließen. Es ist leider richtig, daß es in der Psychotherapie Strömungen gibt, die etwas viel „Gesinnung" prästieren und weltanschauliche Ansprüche machen; das äußert sich als dilettantisches Philosophieren, als unfreiwilligkomisches Aufblasen von „metaphysischen" Banalitäten. Aber diese Zeiterscheinung, welche aus einer ärztlichen Methode eine „Bewegung" gestalten will, ist nicht die Psychotherapie! Diese hat ihre Methode, und hält an ihr fest. Sie hat ferner ärztliche Indikationsstellungen und Krankheitsbegriffe. Sie ist schuldlos daran, daß der Begriff der Neurose in dem vom Verf. zutreffend monierten Sinn ausgeweitet worden ist. Sie hat auch die Beziehungen gegenüber der geistlichen Seelsorge sorgfältig abgegrenzt. (Ich darf dabei an meinen Vortrag auf dem religionsphilosophischen Kongreß in Erfurt erinnern. Zentralblatt für Psychotherapie 1930, S. 519 ff.)

Unverständlich ist die Haltung Zutts bei der Frage nach der Honorierung. Wenn ethische Gesinnung des Arztes sich von selbst versteht, so möchte ich den Verf. fragen, warum denn auch die großen klinischen Psychiater und Neurologen, von Roller und Schülle, von Gudden und Charcot an bis in die Gegenwart den „Einsatz ihrer ganzen Person" durchaus vereinbar mit Honorierung gefunden haben. Auch die Seelsorger sollen ja, wie man hört, ein Gehalt beziehen. Die zutreffende Konsequenz der Ausführungen Zutts wäre die, daß die Psychotherapeuten ihre materielle Existenzsicherung nicht mehr von ihren Kranken, sondern von den öffentlichen Instituten zu empfangen hätten. Dagegen wäre nichts einzuwenden! Aber solange der Verf. dafür nicht sorgt, wird es wohl bei dem bisherigen Modus bleiben müssen, unter welchem zwar anscheinend sein Feingefühl leidet, der aber nun einmal für jeglichen ärztlichen Dienst ethisch und rechtlich von altersher anerkannt ist. A. Kronfeld (Berlin).

Liek, Erwin (Berlin): **Medizinische Wissenschaft, ärztliche Kunst.** (In memoriam Heinrich Braun, 1862—1934.) Hippokrates 5, H. 7, S. 224—234, 1934.

Liek beginnt den Aufsatz mit einem warmen Nachruf auf den bekannten Chirurgen Braun und knüpft an eine Briefstelle des Verstorbenen an: „Die praktische Heilmethode bedarf einer durchgreifenden Reform ebenso notwendig, wie die wissenschaftliche." Wer Lieks Bücher kennt, weiß, daß er in der vordersten Reihe jener stand, die für eine Höherentwicklung der ärztlichen Kunst kämpfen. Die wissenschaftliche Medizin muß weniger im Laboratorium, mehr am Krankenbett gelehrt, der Hausarzt muß zu neuem Leben erweckt, in die Stellung des „Erziehers" zurückgeführt werden. An der Erfüllung der letzten Forderung zweifelt er (mit Recht), solange die Sozialversicherung in ihrer bisherigen Form bestehen bleibt. („Ein Arzt, der 100 bis 150 Kranke täglich zu behandeln hat, kann weder eine Vorgeschichte aufnehmen, noch gründlich untersuchen, noch Psychotherapie treiben.") Die Leser dieser Zeitschrift werden besonders bemerkenswert finden, daß Liek als Chirurg die ärztliche Tätigkeit zu 75% als psychotherapeutisch bezeichnet. (Einer seiner Fachkollegen, Prof. C. Garré, 1857—1928, schrieb: „Berufene und Unberufene . . . drängen sich in unseren Hörsälen . . . Was weiß der Kandidat von Krankenpsychologie? Kennt er überhaupt die menschliche Seele . . . über die Psyche des Menschen . . . dem er sein ganzes Leben widmen soll, ist er oft gar nicht aufgeklärt.")

A. A. Friedländer (Freiburg i. B.).

Bonaparte, Marie: Edgar Poe. Eine psychoanalytische Studie mit einem Vorwort von Sigm. Freud. Intern. Psychoanalyt. Verlag, Wien 1934, Preis geb. RM 25.—, in Leinen RM 30.—, Oktav, 356, 420 und 396 Seiten.

Drei Bände über Edgar Poe sollen das Wesen, Leiden und Wirken des großen amerikanischen Dichters an Hand der Psychoanalyse verständlich machen. In der Vorrede stellt Freud die Verfasserin als seine „Freundin und Schülerin" vor. Das Werk hat das Placet des Meisters gefunden. Geben wir unumwunden zu, daß der rein biographische Teil eine Meisterleistung an Fleiß, Genauigkeit und Darstellungskunst bietet. Etwas schwerer wird die Beurteilung des Werkes, das sich bescheiden eine „Studie" nennt, wenn wir die psychoanalytischen Erklärungen beurteilen sollen. Frau Bonaparte führt den größten Teil der nervösen Beschwerden des Dichters auf die Fixierung an die früh verstorbene Mutter zurück. Seine nekrophilen Tendenzen werden breit ausgeführt und wirklich bewiesen; die homosexuelle Komponente seiner Dipsomanie wird hie und da flüchtig gestreift, aber hinter den allmächtigen Kastrationskomplex zurückgestellt. Wenn wir also die bona parte des Buches genügend gewürdigt haben, wollen wir über die mala parte der bei den Haaren herbeigezogenen Interpretationen, mit ehrwürdiger Scheu vor der Freundin und Schülerin des großen Meisters, mit Stillschweigen hinweggehen. Es fragt sich aber, ob die Erscheinung eines Dichters wie Edgar Poe, den nur zwei Gedichte unsterblich gemacht haben, dessen Novellen heute altmodisch und gezwungen anmuten, die aufgewendete Mühe rechtfertigt. Wie viele Menschen werden sich die Mühe nehmen, die drei Bände (über 1000 engbedruckte Seiten) durchzulesen? Für die Poeforschung ein wertvoller Beitrag, für den Psychotherapeuten ein abschreckendes Beispiel einer Pathographie, die beweist, wie gefährlich Schüler und Freunde werden können, wenn sie versuchen, im Geist eines Genies zu schaffen. Man vergleiche Freuds unsterbliches Werk über Leonardo da Vinci mit dem vorliegenden Buch und man wird die weise Beschränkung des Meisters doppelt anerkennen und bewundern.

W. Stekel (Wien).

Mörchen, Fr.: Der nervöse Mensch unserer Zeit. Verlag Otto Gmelin, München 1933, 64 Seiten, geh. RM 1.80, geb. RM 2.70.

Das mit einem Geleitwort Krehls versehene Büchlein verrät den guten Beobachter und aktiven Behandler. Arzt und Umgebung dürfen dem Leidenden weder schwächlich noch ungerecht gegenübertreten. Die Anrufung des „Willens" kann sich als notwendig erweisen, ebenso aber auch die „Anleitung zur Entspannung". Der Hinweis auf die häufig hypochondrische Grundhaltung der Nervösen führt den Verf. zu einer Abrechnung mit dem Kurpfuschertum. Die Auffassung vom ärztlichen Beruf als einem seelenkundlichen und erzieherisch gerichteten erhellt aus dem Satz: „Ansprüche an das Leben dürfen nur durch Leistungen von sozialem Wert begründet werden". Derartige Anschauungen können garnicht oft genug wiederholt werden. Mörchen wendet sich auch an die Laienwelt. Diesbezüglich muß der Abschnitt über Schlafmittel und den Alkohol als Genußmittel gewisse Bedenken erregen. Vor kurzem hat Pohlisch auf die Gefahren des chronischen Gebrauchs von Schlafmitteln hingewiesen und bestimmte Regierungsmaßnahmen zwecks Verschärfung der Abgabebestimmungen in Aussicht gestellt. Auch ich halte den freihändigen Verkauf verschiedener Schlafmittel für bedenklich und immer sollte, bevor sie verordnet werden — was nicht stets zu vermeiden ist — ein Versuch mit Hydro- und Psychotherapie gemacht werden. Gerade auf dem Gebiet der Schlafstörungen kann der Arzt seine erzieherische Kunst erweisen. — Dem Satz „Hypnose ist ein viel zu bedenkliches Mittel ..., macht allzuleicht den Kranken vom Arzt abhängig bis zur Hörigkeit" muß ernsthaft widersprochen werden. Eine psychologisch gerichtete Hypnose hat die charakterliche Umprägung ebenso zum Inhalt, wie irgend eine andere mit Suggestion arbeitende Behandlung. Darauf verwies Forel schon vor Jahrzehnten. A. A. Friedländer (Freiburg i. Br.).

Schultz, J. H.: Psychiatrische Erbprognostik. Z. f. ärztl. Fortbild. 31, H. 7, 1934.

Kurze Übersicht über die bisherige psychiatrische Hereditätsforschung mit der Methode von Rüdin. Besprochen werden speziell die Ergebnisse in bezug auf erblichen Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, erbliche Epilepsie und schweren Alkoholismus. Bezugnehmend auf das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses werden die bekannten Einwendungen von Hoffmann, Luxenburger u. a. vertreten, worin vor einer allzu radikalen Anwendung des Gesetzes namentlich bei Manisch-Depressiven und leicht Schizophrenen wegen ihrer Beziehungen zu hochwertigen Sippen gewarnt wird.

H. Kogerer (Wien).

Kunow, Otto: Die Heilkunde. Verdeutschung der entbehrlichen Fremdwörter aus der Sprache der Ärzte und Apotheker. 10. vermehrte Aufl., bearbeitet von Dr. Erwin Liek. Verlag des deutschen Sprachvereins, Berlin 1935, 115 Seiten, geh. RM 1.35, geb. RM 1.80.

Erwin Liek hat das im J. 1896 in 1. Auflage erschienene Wörterbuch einer Durchsicht unterzogen und ergänzt. Es ist entschieden wichtig, gegen den Sprachbarbarismus in der Medizin vorzugehen. Das vorliegende Wörterbuch gibt uns Gelegenheit festzustellen, daß auch auf unserem Spezialgebiet mancherorts heillose Sprachverwirrtheit herrscht. Der beklagenswerte Separatismus der Schulen ist häufig nur auf das Vorbeireden mit schönklingenden, aber unverständlichen Worten zurückzuführen, die, verdeutscht und vereinfacht, keinen wesentlichen Unterschied zwischen den einander Bekämpfenden erkennen lassen. Vor allem müßte man auch aus praktischen Gründen gegen die „schwülstigen, fremdwortgespickten" Redensarten in der Psychotherapie vorgehen. Kommt jemand von einer „anderen"

Richtung her und will auch mal was vom „Feindeslager" hören, so legt er — mehr oder weniger abgestoßen — das Geistesprodukt beiseite, da es ihm sprachlich unverständlich ist. Jede Richtung und Schattierung hat ihre Schul-Terminologie und ist erfinderisch in der Aufstellung von Worten, nichts als Worten. Verdeutschung im Sinne Lieks heißt hier Vereinfachung zur besseren gegenseitigen Verständigung, zur Annäherung und zur Milderung von künstlichen Gegensätzen.

Was entbehrlich ist an Fremdwörtern in der Medizin, nicht nur in der Psychotherapie, kann ruhig abgetragen werden. Es hieße aber das Kind mit dem Bad ausschütten, wollte man furorartig alles, auch das Erbeingesessene und historisch Festgefügte verdeutschen, nur weil es ein Fremdwort ist. Ich fürchte, dieser Versuch wird mißlingen müssen. Die meisten der medizinischen Benennungen haben ihre Geschichte, sind nicht nur in der deutschen, sondern auch in allen Kultursprachen beheimatet und können nicht einfach vom grünen Tisch aus gestrichen werden; sie sind eben unentbehrlich. Ist schon eine generelle Verdeutschung medikohistorisch und sprachtechnisch zu verwerfen, so scheint es, wie gerade das Wörterbuch von Kunow-Liek beweist, unmöglich zu sein, in der Mehrzahl der Fälle richtige Verdeutschungen zu finden. Vielfach handelt es sich um umständliche, zwar wortgetreue aber häufig sinnwidrige, unrichtige, sprachlich mittelmäßige Übersetzungen, die sich nicht einbürgern können. Zum Beispiel: Warum soll man statt „psychogen" — „von der Seele ausgehend" sagen? Die Übersetzung ist ungenau und überdies umständlich zu handhaben. Wird sich etwa an Stelle des nur historisch verstehbaren (und jetzt ohnehin seltener angewandten) Namens „Psychoneurose" die Verdeutschung „Nervenstörung mit seelischer Reizung" einer größeren Beliebtheit erfreuen? Und wie soll in Hinkunft statt „psychoneurotisch" gesagt werden? — Psychopathologie — „Lehre von den Geisteskrankheiten", Neurose — „Nervenleiden, Nervenkrankheit, Nervensucht" — das sind keine Verdeutschungen, sondern ungenaue, zum Teil sinnwidrige Übersetzungen.

Man muß zwischen einer Verdeutschung von Fremdwörtern für den inneren Gebrauch unter Ärzten und für die Popularisierung der Medizin für Laien unterscheiden. Man behaupte nicht, daß Ärzte untereinander sprechen und schreiben könnten, wie sie es mit und für Laien tun. Die Übersetzung beraubt häufig das Wort nicht nur seines „medizinischen" Klangs, sondern gibt ihm auch einen anderen Sinn. Die erwünschte sprachliche Popularisierung darf nicht auf Kosten der „medizinischen" Sprache geschehen. Und wollte man streng nach dem Rezept Kunow-Lieks manchen einfachen medizinischen Satz „verdeutschen", so käme manches Sprachmonstrum zustande. Für diese Behauptung wollen wir keine billigen Beweise anführen, um nicht den Eindruck der Verhöhnung einer im Wesen guten Absicht zu erwecken, betonen aber folgendes: Sauberkeit der medizinischen Sprache, Vereinfachung, Vereinheitlichung und Kampf gegen überflüssige „Sprachschöpfungen" müssen die Grundlagen der Verdeutschung der Fremdwörter sein. Nur dann wird die wünschenswerte Verdeutschung der entbehrlichen Fremdwörter zum Ziel führen, nicht aber durch den Versuch, alle Brücken zur Geschichte der medizinischen Fremdwörter zu verbrennen. E. Bien (Wien).

Almanach der Psychoanalyse 1935. Intern. Psychoanal. Verlag, Wien, 247 Seiten, Leinen RM 4.—, Halbleder RM 8.—.

Der 10. Almanach bringt einen den deutschen Lesern unbekannten Aufsatz von Freud: „Psycho-Analysis" aus der Encyclopaedia Britannica (1926). Man liest die Zusammenfassung der analytischen Lehren auf knappen acht Seiten mit jener Bewunderung, die man Freuds Veröffentlichungen immer entgegenbringt, einerlei ob man mit dem Inhalt restlos einverstanden ist. Bewundernswert wie immer die

Erfassung des Wesentlichen, die Beherrschung der Zusammenhänge, die Einfachheit und Sauberkeit der Sprache und die Bescheidenheit des Meisters. Einen neuen Ausblick eröffnet folgendes Bekenntnis von Freud: „Die psychoanalytische Behandlung wird so zu einer Nacherziehung des Erwachsenen, einer Korrektur der Erziehung des Kindes" — eine Auffassung, der man vom Standpunkt der Psychagogik beipflichtet und wünscht, sie möchte Allgemeingut der Psychoanalyse werden.

Auch der vorliegende Almanach zeigt, wie unvorteilhaft es ist, die Arbeiten der Schüler, auch die der besten, neben denen des Meisters wiederzugeben. Welcher Kontrast in Ton, Form und Sprache, obwohl sich alles auf die verba magistri bezieht! Es finden sich aber auch unter diesen Aufsätzen recht schöne Lichtpunkte, so vor allem „Die psychoanalytische Therapie", ein Vortrag von Richard Sterba, und „Gedanken über die Wirkungen einer Phimoseoperation" von Fritz Redl, der in sehr origineller, eindrucksvoller Weise eine Lanze für den Kastrationskomplex bricht. Darüber hinaus lesenswerte Arbeiten über klinische Probleme (Hermann, Rado, Federn u. A.), über Pädagogik (Anna Freud, Meng, Zulliger). Literarische Gedanken entwickeln H. Deutsch, Alexander u. A. Zum Schluß ein Symposion über Krieg und Frieden. Bilder von Groddeck u. A. schmücken den hübschen Almanach. E. Bien (Wien).

Störring, G. E.: Zur Psychopathologie und Klinik der Angstzustände. Verlag S. Karger, Berlin 1934, 117 Seiten.

Das gediegene und kenntnisreiche Werk vermittelt gerade auch dem Psychotherapeuten wertvolle Anregungen zu den Angstproblemen, die hier freilich von Gesichtspunkten aus gesehen werden, die der Psychotherapeut nicht teilt. Verf. versucht zunächst eine normalpsychologische Abgrenzung der Angst als Phänomen; diese Abgrenzung — gegen die sonstige Affektivität, gegen Furcht und Schreck — ist, obwohl als phänomenologisch ausgegeben, reichlich biologistisch; den Verf. beschäftigt übermäßig die nicht sehr sinnvolle Darwin-Frage, ob die Angst zweckmäßig sei oder gewesen sei; tieferen Fundierungen (Kierkegaard, Heidegger) steht er verständnislos und in seiner Darstellung fast karikierend gegenüber, wozu er wirklich keinen Anlaß hat; ebenso wird er dem Standpunkt Goldsteins nicht gerecht. — Weitaus wertvoller und fundierter sind seine Darstellungen der pathologischen Angstzustände; hier trennt er zwei große Gruppen: die „reinen" und die in komplexere Zusammenhänge eingehenden Angstzustände. Zu den ersteren rechnet er die larvierten Formen, die körperliche und vitale, die seelische Angstreihe und die Objektivierungen der Angst. Zu den letzteren rechnet er, mit schönen deskriptiven Gliederungen, die ratlos-gespannte Angst, insbesondere der Schizophrenen, ferner die melancholische Angst, die paranoische und die anankastische Angst. Während wir bei der Darstellung der paranoischen Angst z. B. mancherlei Gewinn haben — etwa hinsichtlich der Entstehung des wahnhaften Mißtrauens aus Angst, wobei Verf. fünf Arten trennt — bleibt er in der Erfassung der Beziehungen von Angst und Zwang in mancher Hinsicht hinter den psychotherapeutischen Erwartungen zurück. — Die schöne und wertvolle Studie hätte erheblich gewonnen, wenn sie, statt sich „klinisch" zu geben, ein inneres Zentrum für ihren Angstbegriff gesucht hätte, und sei es selbst bei dem so „phantastischen" Kierkegaard. Auch fällt eine Neigung zu Polemiken in überlegener Tonart, die sachlich nicht gerechtfertigt ist, z. B. gegen Freud, aus der sonstigen Haltung des Werkes heraus. Im Ganzen ist es dennoch als ein Gewinn unseres Schrifttums zu buchen.

A. Kronfeld (Berlin).

Speer, Ernst: Die Liebesfähigkeit (Kontaktpsychologie). Verlag J. F. Lehmann, München 1935. 140 Seiten, geh. RM 3.20; Lwd. RM 4.50.

Das Buch gibt eine eingehende Darstellung der Persönlichkeitseigenart und der psychotherapeutischen Probleme (des inneren Zusammenhangs) bei dem Sonderling, dem in sich selbst zurückgezogenen oder verfangenen Abseitigen, der den Kontakt mit den Mitmenschen trotz aller Sehnsucht nicht zu finden und zu formen vermag — am wenigsten den erotischen und sexuellen Kontakt. Verf. sucht die tiefenpsychologischen Gründe der Kontaktschwierigkeiten auf und erkennt in erster Linie ungenügende Bewältigungen des Ödipuskomplexes, die er feinsinnig in ihrem Bedeutungsgehalt würdigt. Speer ist — leider muß das heute als besonderer Ruhmestitel hervorgehoben werden — überall in diesem Werk von der Empirie und dem Denken des Arztes geleitet. So sind seine Darstellungen in den Kapiteln über die Impotenz der Kontaktflüchtigen besonders durch den Reichtum ärztlich-psychologischer Erfahrung belebt. Ihm ist wertvolle Arbeit an der Aufgabe zu verdanken, die verschiedenen Symptomneurosen einheitlich auf den Charakter seiner Fälle zurückbezogen zu haben. Am wertvollsten sind seine Ausführungen über Depressions- und Verstimmungszustände. Hier bricht er in erfreulichster Weise mit der resignierenden Anwendung des Begriffs „endogen". Er zeigt aus der gelebten Praxis, wie auch bei anscheinend ganz unanfechtbar „endogenen" Fällen die reaktiven Faktoren und die psychotherapeutische Zugänglichkeit nachweislich sind, u. zw. in dem Grad, als sie eine „schizophrene Farbe" haben — wir würden lieber sagen: als Elemente des neurotischen Charakters in ihnen hervortreten. Denn Speer gibt dem Begriff „schizophren" einen sehr weiten Umfang; er umfaßt mit ihm die Bleuler-Kretschmerschen Begriffe der Schizothymie, der Schizoidie und der reaktiven schizopathischen Störungen gemeinsam. Er sucht diesen Standpunkt eingehend zu begründen, was an dieser Stelle nicht diskutiert werden kann. Für ihn ist „der schizophrene Mensch" eine Spielform des Menschen in der Entartung — die in der Prozeßpsychose gipfelt. Die beginnende Entartung aber kann psychotherapeutisch ausgeglichen und den Lebensaufgaben wieder zugeführt werden. Auch wer die Auffassungen Speers hinsichtlich der nosologischen Probleme des Schizophreniegebietes nicht völlig teilt, wird das Buch mit großem Gewinn studieren. Er wird dabei dankbar das Gedankengut einer Persönlichkeit empfangen, die — befruchtet von den geistigen Werten der Klinik, der Psychoanalyse und der praktisch-ärztlichen Aufgabe — zu einer eigenständigen psychotherapeutischen Grundhaltung produktiven Gepräges gelangt ist.

Arthur Kronfeld (Berlin).

Stephen, Karin: Psychoanalysis and Medicine. A Study of the Wish to Fall Ill. With a Preface by Dr. Ernest Jones. (Psychoanalyse und Medizin. Eine Studie über den Willen zur Krankheit). Cambridge University Press, Cambridge. 238 Seiten, Lb 8/6 netto.

Der Haupttitel des Werkes ist unrichtig gewählt, da dieses in seinen acht großen Abschnitten lediglich eine sehr gute, stellenweise wohl etwas zu umständliche, stets aber lehrreiche Darstellung der Freudschen Lehre enthält, keinesfalls aber das Verhältnis der Psychoanalyse zur Gesamtmedizin behandelt. Nur der Untertitel hält, was er verspricht. Und tatsächlich enthält das Buch eine große Anzahl von Fällen, an denen die Verfasserin (Nichtärztin) die Auswirkungen des uns wohl bekannten unterbewußten „Willens zur Krankheit" untersucht. Jones hat die Arbeit mit einem Vorwort bedacht. Die von S. behandelten Fragen sind: Ursprung des Unbewußten in Versagung, Konflikt und Verdrängung, Lösung von Konflikten durch Krankheit, freie Assoziationen, Libidotheorie, Angst und Schuld, Abwehr-

mechanismen, Übertragung usw. Das Buch ist zur Einführung in die Freudsche Methode durchaus geeignet, die Darstellung der Kasuistik bevorzugt die Schematisierung und Vereinfachung, wodurch der didaktische Wert des Buches entschieden erhöht wird. E. Gutheil (Wien).

Venzmer, Gerhard: Dein Kopf — Dein Charakter. Mit 14 ganzseitigen Bildtafeln und 30 Abbildungen. Franckh'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart 1934, 2. Aufl. 96 Seiten, kart. RM 2.50; Ganzleinen RM 3.50.

In populärer Form, wenn auch nicht allgemeinverständlich, versucht der Verf. physiognomische Betrachtungen anzustellen. Die Gallsche Schädellehre wird mit besonderer Liebe hervorgeholt und versucht, sie in ein modernes Gewand zu kleiden. An Kretschmers Typenlehre liegt dem Verf. viel und er holt sie zu Hilfe. Schließlich wird auch die Rassenkunde berücksichtigt. Der zweite Teil beschreibt mehr die Mimik und erwähnt einiges Pathologische. Wem das Problem der Physiognomik sehr am Herzen liegt, wird nichts Neues in dem Büchlein finden. Am hübschesten sind die Bilder. N. Glas (Gnadenwald bei Hall i. Tirol).

Sternheim, Ludwig: Die Wunder der Heilung durch eigenes Blut. Verlag Hans Huber, Bern 1933, 64 Seiten, RM 2.80.

Verf. berichtet über Technik, Indikationen und Ergebnisse der Eigenblutbehandlung. Nach den Erfahrungen des Verf. und der von ihm angeführten Autoren stellt die Eigenblutbehandlung ein Allheilmittel dar. Augenleiden, Hautkrankheiten, chirurgische, gynäkologische und innere Erkrankungen wurden erfolgreich behandelt. Fälle, die jeder anderen Behandlung trotzten, sprachen auf Eigenblutinjektionen an. Bei Angstzuständen, Depressionen, Katatonie, Epilepsie, Migräne, Nervenschwäche, progressiver Paralyse wurden Erfolge beobachtet. Aus der Art der Darstellung ist nicht ersichtlich, ob sich Verf. an Ärzte oder an Laien wendet. Angaben über die Zahl der behandelten Patienten und über die Dauer der Nachbehandlung fehlen. Mit weniger sensationeller Aufmachung — wie z. B. der Titel zeigt — und mit nüchterner Wiedergabe der gesammelten Erfahrungen wäre der an sich wertvollen Sache sicherlich besser gedient. E. Wittkower (London).

Hoskins, R. G.: Die Hormone im Leben des Körpers. Mit Geleitwort von Friedrich von Müller. Übersetzung und deutsche Bearbeitung von Dr. Wolf von Drigalski. Verlag Felix Meiner, Leipzig 1934, 179 Seiten, Preis geh. RM 6.50, geb. RM 8.50.

Der Verf., Direktor des Forschungsinstituts für Neuro-Endokrinologie der Harvard Medical School, gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Endokrinologie. Das Buch ist, wie Friedrich von Müller in der Einleitung hervorhebt, im besten Sinn des Wortes populär gehalten. Es erhebt nicht Anspruch auf Vollständigkeit, ist nicht als Nachschlagewerk gedacht, sondern gibt eine übersichtliche, allgemeinverständliche Darstellung der Anatomie, der Funktion und der klinischen Störungen der einzelnen inneren Drüsen. Die anschauliche Wiedergabe der Geschichte der Hormonlehre macht die Lektüre besonders anziehend. Der Bedeutung der endokrinen Drüsen für die unterschiedliche individuelle und typenmäßige Persönlichkeitsgestaltung, für die Eigenart von Temperament und Charakter innerhalb der Grenzen des Normalbereichs wird Rechnung getragen. Die seelischen Veränderungen bei pathologischer Über- und Unterfunktion der verschiedenen Drüsen werden geschildert. Aus seinem engeren Spezialgebiet gibt H. interessante Streiflichter hinsichtlich der wechselseitigen Beziehung zwischen Störungen der endokrinen Drüsen und Geisteskrankheiten. Das Buch ist mit ausgezeichneten Abbildungen ausgestattet. E. Wittkower (London).

NAMENREGISTER

Adler, A. 39, 46, 56, 75, 117, 120, 180, 240
Adler, G. 48, 241 f.
Aichhorn 189
Alexander 247
Allendy, R. 206
Allers, R. 52
Amstad, H. 69
Andersen 90
Arndt 53, 207
Arndt, J. L. 49
Aschner, B. 58 f.
Asperger, H. 190 f.

Babinsky 94
Bachofen 49
Bastedo 60
Baudelaire 45
Bauer, J. 111
Benjamin, E. 219, 225
Bergler, E. 48, 119
Beringer 54, 99
Bien, E. 40, 48 f., 51, 56, 58, 120, 123 f., 176, 246 f.
Bier 206
Binet 179
Bing 21
Bircher, W. 43, 46, 59, 240, 242
Bjerre, P. 84, 236
Blake, W. 32, 34
Bleuler, E. 148, 248
Blum, V. 111
Boenheim, C. 53, 62, 129, 189, 191
Bonhoeffer 243
Boerhave 110
Bracken, v. 98
Bratt, I. 217
Brauchle, A. 57
Braun, A. 242
Braun, H. 244
Bretschneider, A. 183
Breuer 93
Brüel, O. 36, 236
Brüll-Neuda, L. 212
Bühler, Ch. 100, 187 f., 225
Bühler, K. 96
Buonaiuti, E. 118

Carus 114
Charcot 243
Christoffel 190 f.
Clancy, F. J. 62
Clauss 105
Cornelius, A. 122 f.
Crichton-Miller 179 f.
Curtius 114
Czerny, A. 186

Dante 32, 34
David-Neel, A. 241 f.
Davids, Rhys 118
Deutsch, H. 247
Dilthey 98
Dubois 17, 187

Eberhardt, P. 118
Ederer, St. 190, 221
Eidelberg, L. 48
Eliasberg, W. 56
Epstein, A. E. 121

Federn, P. 247
Feer, E. 190 f.
Fischer, I. 234
Flatau, G. 58
Forel 245
Foy, M. S. 33
Franken, P. 61
Frankl, V. 155
Freiberger, E. 159
Freud, A. 147, 170, 247
Freud, S. 34 ff., 39, 45 f., 49, 52, 54, 75, 97, 112 ff., 117, 120, 128, 148, 156, 179 f., 189, 196, 207, 240, 244, 246 ff., 249
Friedell, E. 49
Friedemann, M. 84, 123
Friedjung, J. K. 144, 147
Friedländer, A. A. 110 f., 120, 244 f.
Fröbe-Kapteyn, O. 118
Froebel 225
Fuchs, G. F. 128

Gall 149
Garré, C. 244
Gartner, P. 43 f.
Gauger, K. 114
Gelb 97, 102
Georgi, F. 58
Ghandi 43
Giehm, G. 124
Glanzmann, E. 191
Glas, N. 123, 249
Gohl, J. D. 234
Goldstein 97, 102, 247
Gontermann 50
Gore, A. C. 235
Göring, H. M. 115
Goethe 114, 193
Goetz, A. 234
Gottlieb 60
Gottstein, W. 223
Grailich, E. 62, 184
Groddeck 247
Gross, M. 58
Gruber, G. B. 37
Gudden 243
Gutheil, E. 121, 249
Guttmann, E. 59 f.

Haeberlin, C. 114 f.
Haeckel 193
Hallermann 136
Hamburger 191
Hartmann, H. 99
Hartshore 102
Hauptmann 124
Heidegger 99, 247
Heiler, F. 118
Hellpach, W. 43
Hermann 247
Herzberg, A. 24
Hetzer, H. 100, 225
Heyer, R. G. 118, 123

Hiob 46
Hippokrates 42, 207
Hitschmann, E. 119
Hiwerth, I. 61
Hoche, A. 17, 44 f.
Hochrein, M. 111
Hoffmann, H.F. 239, 245
Hofstätter, R. 47, 60 f., 188
Holbein 124
Homburger 225
Hoop, V. H. v. d 113 f.
Hoskins, R. G. 249

Isenburg 105

Jaensch, E. 97 ff., 104
Jaspers 99
Jehle 136
Jones 34 f., 248
Jonge, A. J. de 58
Jung, C. G. 39, 46, 75, 84, 87, 113 ff., 117 f., 240, 242 f.
Jung, E. 53

Kant, I. 38, 46
Kapferer, R. 42
Karger, P. 135
Kaufmann, G. 49
Kehrer 120
Kierkegaard 99, 247
Killian, H. 124
Kjehdal 135
Klages, L. 2, 40 f., 49 f., 52, 99
Klamroth, E. 61
Klein, M. 133, 170, 173
Kleist 221
Koffka 100
Kogerer, H. 122, 124, 156, 245
Köhler 97 f., 100, 102
Kollarits, J. 40
Kolle 70
Kornfeld, W. 180, 186, 189, 191
Krehl 245
Kretschmer, E. 15, 17, 50, 97 f., 248 f.
Krisch 116
Kroh 97 f.
Kronfeld, A. 1, 45, 52, 64, 87, 95, 99, 118 f., 127, 174, 190, 200, 224, 237, 243, 247 f.
Krueger 100, 104
Künkel, F. 53, 55 f., 116, 119
Kunow, O. 245 f.

Lafora, G. R. 62
Lancereaux 207
Lederer, E. v. 190
Lekisch, E. 62 f.
Levinstein 60
Levy-Suhl, M. 46
Lewin 98, 103
Lewis, N. D. C. 120
Liek, E. 244 ff.
Liepmann, W. 120
Lotze 224
Löwenstein, E. 111
Ludovicus, D. 234
Luxenburger 245

Maier, H. W. 70
Mannheim, E. 92
Manser, J. B. 63
Marbe, K. 120
March, H. 212
Marcinowski 112
Maugham, S. 199
May 102
Mayer, L. 120
Mayer-Gross 99
Meinertz, J. 49
Meng, H. 179, 188, 247
Menninger-Lerchenthal, E. 60
Menzel, K. 40 f.
Metzdorf 154
Meyer, F. M. 60, 74, 231
Meyer, G. 189
Meyer, P. 53, 63
Missriegler, A. 147
Mohr, Fr. 18, 60
Moll 53
Moncrieff, A. 237
Montessori 225
Morchen, Fr. 245
Morgenstern, M. 228
Morgenthaler, W. 59, 65, 68
Moses 35
Muchon 41
Muchow 99
Müller, F. v. 249
Müller-Fürer, H. 123
Muser, H. 191 f.

Nachmansohn, M. 54, 92, 121, 187
Narayana Sharma 89
Nassau, E. 227
Niedermeyer, A. 47
Niedieck, O. 127
Noak, V. 140

Ockel, G. 153
Oppenheim 94
Orgler 229

Paracelsus 112, 207
Pasteur 206
Pause, F. 59
Pawlow 135
Petö, A. 118
Pfahler 97 f., 105
Plesch, J. 234
Poe, E. A. 244
Pohlisch, K. 59, 245
Poppelreuther 104
Pototzky, C. 191, 228, 230
Psichari, E. 47
Pvorger-Vanotti, G. 69

Rado 247
Ramer, T. 159
Rank 84 f.
Redl, F. 147, 247
Rehder, H. 17, 50
Rohrer, M. 40
Rorschach 72
Roller 243
Rouselle, E. 118
Rüdin 245
Rümke 115
Rutishauser, F. 186

Sackl 59
Sainbury 60
Sauer, H. 155
Sausure, R. de 62
Seif 115
Shakespeare 46
Siebeck, R. 240
Siegl, J. 190 f.
Silberer, H. 84
Speer, E. 54, 248
Spengler, O. 60
Spranger, E. 98 f., 106
Sußmann, T. 89
Szalay, K. 44
Szondi, L. 189
Schächter, M. 190 f.
Schauer, R. 53
Scheidegger, S. 235
Scheuer, O. F. 192, 234 f.
Schiller 183
Schindler, W. 55 f., 119
Schloßmann, H. 60
Schmitz 58
Schmitz, O. A. H. 118
Schneider, C. 99
Schönfeld, W. 40 f.
Schülle 243
Schulhof, F. 121
Schultz 53, 207
Schultz, I. H. 56, 72, 116, 245
Schultz-Hencke, H. 113, 192
Schwarz, O. 52 f.
Steeden, C. L. 49
Stekel, W. 32, 39, 53, 59, 84, 112, 120, 125, 139, 148, 193, 202, 244
Stephen, K. 249
Sterba, R. 247
Stern, W. 49, 98 f., 112, 225
Sternheim, L. 249
Stockert, F. G. 56
Stolte, K. 190
Störring, G. E. 247
Stransky, E. 63
Strauß, H. 111
Stricker 42
Strindberg 90

Tandler, J. 139
Tennenbaum 60
Teutschländer 111
Thorndike, E. L. 189 f.
Tokay, L. 118
Tramer, M. 162, 164
Uhlenhut, P. 111
Valéry, P. 237
Velikovsky, I. 10
Venzmer, G. 249
Völgyesi, F. 115
Voneder, S. 46
Vorwahl, H. 234

Watson, G. 95
Weber, P. 32, 34 f.
Wegner 136 f.
Weichardt, W. 111
Weil, J. 189
Weiler, K. 63
Weizsäcker, V. v. 106, 115 f., 117 f.
Werner 99
Wertheimer 98, 100, 102
Wilhelm, R. 242
Wittkower, E. 249
Woodraffe, J. 89

Zeddies, A. 48
Zimmer, H. 113, 118
Zulliger, H. 168, 247
Zutt, J. 91, 243
Zweig, H. 48, 50, 55, 118

SACHREGISTER

Affekt
— Einklemmung des 11
— -jargon 18
— -radikal 18
— somatische Bedingtheit des 16
— und Motorik 129 ff.
— -verschiebung 208 ff.
Alkaloidsucht 6
Alkoholismus 1 ff.
Ambivalenz 203
Analyse, aktive 202
Anaphylaxe, psychische 10 ff.
Angst 15, 68, 208 ff., 247
— im Dunkeln 214
— -neurose 27 ff.
— vor dem Weib 3 ff.
— vor Operationen 137
Anima 83
Anthropomorphisierung kindlicher Handlungen 229
Antlitz, schmerzensreiches 124
Arbeitstherapie, analytische 205
— -bei Hebephrenen 151 f.
Archetypen 87, 114, 243
Arznei, ärztliche Liebe als 112
Arzt
— als Führer und Erzieher 110 ff., 186, 244
— Einsatz des 200, 205, 243
— Grunderfahrung des 106 ff.
— Heilberuf des 111
— Identifikation mit dem 200 ff.
— und Seelsorge 47, 91

Asthma 11 ff., 204
— und Gewissenkrankheit 194
Astheniker 28, 30, 226
Athletiker 27
Aufgabesituation, psychagogische 202
Aufhebung des Krankheitsgewinns 29, 31
Aufklärung, frühkindliche 155
Ausleben 204
Autoritätskomplex 144
Azetonurie, psychoreflektorische 135

Begabung, tiefenpsychologische 117
Beratungsdauer 106
— -reaktion 106
— -stellen, kinderpsychiatrische 159 ff., 162 ff.
Bewegungsstörungen bei Kindern 130 ff.
— choreatische 132
Bilanz, innere 201

Charakter
— Körperbau und 97
— -kunde 1, 7, 97 ff., 230, 249
— — angewandte 119
— -struktur, Leistung und Symptom 176

Dementia praecox 121
Depressionen 53, 69
Dipsomanie 1, 4

Eidetik 97
Eifersucht, unbewußte 211
Eigenbluttherapie 124, 249
Einfühlungsgabe 229
Einsatz, ärztlicher 109 f., 200, 205, 243
— psychagogischer 203 f.
Einschleifung 26
Ejaculatio praecox 217
Ejakulation bei Erhängten 234
Enthemmung, narzißtische 7
Entspannungstherapie 72, 163, 245
Entwicklung, infantile 34, 218
Enuresis 190 ff., 230
Erbrechen, morgendliches 139
Erektion
— bei Erhängten 234
— beim Spiel 177
— durch Friktion 214
— fehlende 27, 213 ff.
Erziehung
— der Eltern 222
— -beratung 114, 155 ff., 159 ff., 162, 165, 219 ff.
— geschlechtliche 217 f.
— -psychologie 98
Euphorie bei Tuberkulösen 41 f.
Exhibitionismus 3, 6, 202 ff., 217 ff.

Familienstruktur 226
Flucht in die Psychose 54

Ganzheitsproblem 102
Geburtenrückgang 61
Gehstörung 93
Geistesstörung u. Körperbau 97
Geltungsbedürfnis 94
Gemeinschaftsbedürfnis 91
— -leben 225
Gewissen
— Funktion des 46
— -krankheiten 193 ff.
— Masken des 194
— und Asthma 194
— und Hautkrankheiten 195
— und Sexualbefriedigung 196
Gewohnheitsbildung 221
— -trinker 3 f.
Gleichung, persönliche 66
Grunderfahrung, ärztliche 106 ff.

Haltung des Kranken 106 ff.
Handschrift der Tuberkulösen 40
Hebephrenie 147 ff.
— Erziehungsmaßnahmen bei 147 ff.
— Psychoanalyse bei 148
Heilmittelindustrie 38, 217
Heilpädagogik 164
Heilung 91, 200, 205, 217
Hemmungen, psychische 218
Herzklopfen 27
Homöopathie 110, 206 ff.
Homosexualität 3 ff., 6, 191 f., 203, 213 ff.
Hörigkeit 85
Hormone 219
Hypnose 4, 37, 93, 221
Hysterie
— bei multipler Sklerose 92
— einfühlende Behandlung der 17 ff., 24, 50
— Gefühlswelt d. 17 ff.
— und Vergiftungserscheinungen 14
— Wandlungsgesetze d. 17 ff., 24, 50
Hysteriker, Gelegenheitsapparat der 24
— Verkehr mit Angehörigen der 23

Ich-Bildung 9
— -bewußtsein 84
— Distanz zum 201
— Ideal- 85 f., 95
Identifikation mit dem Arzt 84 ff., 200 ff.

Idiosynkrasie 14
Impotenz 3, 24, 38 ff., 195, 212 ff., 217 ff.
— Behandlung der 38 ff.
— -bewußtsein 217
— psychische 38, 215
— und Geschlechtstrieb 217
— und Homosexualität 215 f.
— und Medikamente 38
— und Onanie 215
— und Psychotherapie 38
— und Schuldgefühle 24 ff.
Individualpsychologie 180
Infantilismus 221
Infinitesimalität 207, 210 ff.
Inzest 139 ff.
— Geschwister- 142
— Mutter- 142, 208 ff.
— Prophylaxe d. 139 ff.
— und Liebesleben 140
— und Selbstmord 142 ff.
— und Wohnungsnot 139 f.
— Vater- 142, 178
Irresein, manisch-depressives 58

Jugendberatung 155 ff.
— bei familiären Konflikten 156
— bei neurotischen Störungen 157
— Praxis der 155
— und Medizin 158
— und Onanie 155
— und Prostitution 155
— und Schule 158
— und Wirtschaftsnot 157
Jugendtagebücher 187

Kalender, innerer 193
Kastrationskomplex 119, 203 ff., 244
Ketonurie, psychische 136 ff.
— postoperative 137
Keuschheitsprinzip 77, 195
Kind
— Anpassungsschwierigkeiten beim 133
— blindes, das Sehen spielt 174 ff.
— labiles Nervensystem beim 136 f.
— Milieugebundenheit des 133
— psychopathische Zustände des 133
— Suggestibilität des 133
— Schwererziehbarkeit des 221
— typisches, einziges 225
Kinder
— -analyse 185
— -beratungsstelle, psychiatrische 159 f., 162 f.
— -mißhandlung 180
— — ein Fall von 180
— -psychiatrie 62, 159 ff., 162 ff., 186
— -psychologie 96
Kinderpsychotherapie 62, 129 ff., 219 ff.
— bei motorischen Störungen 129 ff.
— bei Krampfzuständen 220
— bei Organminderwertigkeit 220
— Indikationen und Grenzen der 219 ff.
Kinderspiel, produktives 168 f.
— Symbolik des 169
Koitus 196, 212 ff.
— erster 213, 217
Kokainismus 1, 4
Konflikt des Selbsterlebens als Mann 6 f.
Konstitution
— -analyse 189
— -therapie 58
— u. Psychotherapie 118
— u. Schwangerschaft 69
Kontaktpsychologie 248
Konzentrationsgymnastik 234
Krankengeschichten 3 ff., 10, 11, 24, 27, 29, 77, 81, 85, 93, 141 ff., 144, 149, 168 f., 171 f., 174, 176, 180, 182, 184, 194 ff., 197 f., 202 ff., 208, 212, 217, 231, 234 ff.
Krankheit
— bedeutender Menschen 242
— -gewinn 26, 28, 31
— Sinn der 206 ff.
— Wille zur 248
Kunnilingus 214 f.
Kurpfuscher 67

Labilität, vegetative 26
Lachen, inadäquates 56
Lebensgefühl 218
Leistungstherapie 27 ff.
Libido, infantile Entwicklung der 34, 218
Liebesfähigkeit 218
Lustgefühle, Verankerung der 218
— -tendenzen, homosexuelle 203

Mammakomplex 49
Masochismus 4 f., 26
Meditation und Yoga 118, 241
Mental-Hygiene 222
Metastasen, psychische 208 ff.
Migräne 232
Milieusuggestion 228
Mißtrauen zum Patienten 127 f.
Montessori-Kindergarten 186, 225

Morderinnerungen, verdrängte 297 f.
— -phantasien 3 f., 86
— -Projektion der 209
Morphinkranke, Träume von 74 ff., 231 f.,
— -sucht 4 ff., 60, 74 ff., 231 ff.
— — Psychotherapie der 4 ff., 74 ff.
Mutation, Gesetz der 35
Mutter-Imago 4, 215
Mutterkomplex 142, 208
Mutterleibstraum 88

Narzißmus 7 ff., 64, 110 ff., 201 ff., 205
— reaktiver 203
— und Süchtigkeit 7 ff.
Nervenpunkte 122 f.
— -schock 27
Neurose
— im Schulalter 228
— sozialer Sinn der 210
— Ursachen der 49
— und Süchtigkeit 7
— Verbreitung der 236 ff.

Objektivierung der Lebensgeschichte 201
Ödipuskomplex 119, 203 f., 210
Onanie 3, 53, 155, 205, 213, 217
— -abwehrkampf 214
— -schuldgefühle 3, 214 f.
— sublimierte 178 f.
— Wiederaufnahme d. 218 f.

Paranoia
— und Homosexualität 209
— und Kriminalität 209
Pavor nocturnus 173
Personalistik 98
Persuasionsmethode 31, 222
Phantasien, homosexuelle 4 ff.
Phobie 208
— eines Zweieinhalbjährigen 184
— Wasser- 13
Platzangst 124
Potenz, hysterische 20 f.
Psychagogik 200 ff., 222, 224
Psychiatrie 68 f., 96 ff., 159 ff., 162 ff.
— und Eugenetik 68
Psychologie
— des Süchtigseins 1
— Gestalt- 96 ff.
— in Deutschland 95 ff.
— Krise der 96
— praktische 37
— Vergleich deutscher und amerikanischer 102 ff.
Psychoanalyse 4 ff., 25, 33, 37, 49, 75, 84, 87, 92, 97 ff., 119, 148 f., 179, 197 ff., 200 ff., 203 ff., 207 ff., 222
Psychose und Kriminalität 209
Psychotechnik 96 ff.
Psychotherapie 1, 5, 37 ff., 47 ff., 54, 56, 62, 70, 74, 92, 94 ff., 113, 117 ff., 200 ff., 206, 219, 243
— bei älteren Leuten 24, 27, 29
— bei Impotenz 38 ff.
— bei körperlichen Symptomen 94
— bei Morphinsucht 4 f., 74 f.
— bei Süchtigen 1
— gefühlslogische 17
— Facharzttitel der 56
— indirekter Weg der 227
— indische 113
— in Skandinavien 236
— kausale 24, 27, 29
— kleine 38 ff., 69 f.
— Lehrbarkeit der 113 ff.
— soziale Bedeutung der 115
— Technik der 200
— — der kleinen 39 f.
— und Dichtung 115
— und Schwangerschaftsfürsorge 69
— und Stoffwechsel 135 ff.
— und Weltanschauung 113 ff.

Quinckeödem 197

Rausch
— Enthemmung im 1 ff.
— und Regression 2, 7
— und Schlaf 1 ff.
— und Scheinwirklichkeit 2
— und Zwang 2
Regression 2, 210
Reue 199

Sadismus 179
Sadomasochismus 203 f.
Sehstörung 197
Selbstbestrafung 26
— -gestaltung, Programm der 200 ff.
— -mord 3, 121
— — -gedanken 24, 68
— zuwendung, narzißtische 8
Sexualität, infantile 34, 218
— und Persönlichkeit 52
Sexualpädagogik 52
— -psychopath 4
— -symbolik, kultische 36
Siebenjahrregel 43
Similetherapie 206 ff.
Soll- und Haben-Spiel 176
Somatisation 196

Spiel
— als magische Handlung 178
— Erektion beim 177
— mit dem Tod 8, 178
— produktives 168
— „Sehen"- 174
— und Geld 178
Spieler, innere 8
Sublimierung 84 ff., 87 ff., 201 ff.
Süchtigkeit 1, 74, 231
— als Schutzfunktion 7
— und Exhibitionismus 3, 6
— und Homosexualität 3, 6
— und Impotenz 3, 6
— und Neurose 2, 7
— und Onanie 4, 6
— und Regression 2, 7
— Ursachen der 6 ff.
Symbolik 49, 80 ff., 84 ff.
— der Haare 184
— des Unbewußten 91
— östliche 89, 241 f.
— religiöse 86 ff.
— Todes- 91
Symptome, neurotische 207
— — Bewältigung der 202
— — Bewertung der 202
— der Verwahrlosung 189
Schaulust 205
Schlaf als Lustquelle 2
— -mittelmißbrauch 59
— -störung 29, 93
Schock, anaphylaktischer 11
Schreibkrampf 50
Schule und Aufklärung 153
Schwangerschaftsdepressionen 68 ff.
— -konflikte 65 ff., 209
Schwangerschaftsunterbrechung 65 ff.
— — psychotherapeutische Indikation für 65 ff.
Sterilisierung 74
Strafe
— und Erziehung 179, 188
— und Sadismus 179 ff.
— und Zwang 179 f.

Temperament, schizothymes 98
— zyklothymes 98
Therapie, kausale 24 ff., 27 ff., 29 f., 108, 144
Tic 131
Tierexperimente 135
Totstellreflex 15
Traum
— -beispiele 6, 32, 74 ff., 78, 82, 86 f., 89 ff., 183, 232 ff.
— -bewußtsein 121
— -bewertung 37
— -deutungen 6, 79, 82, 86 f., 89 f., 233
— eines Arztes 32 f.
— gespaltenes Ich im 232
— Mord im 197
— Mutterleibs- 88
— religiöse Symbolik im 89 ff.
— Solveig- 89
— und Morphinismus 7 f., 74 ff., 231 ff.
— und Mythos 91
Trauma 16, 197
Träume
— anagoge Übertragungs- 86 ff.
— von Morphinkranken 74 ff., 231 ff.
Trieb
— Eingliederung des 201
— -hemmungen 217 ff.
— Kampf gegen den 84 ff.
— und Kultur 44, 193
— und Traum 83
— -verdrängung 88
Trotzphase 109
Tugend, Rede über die 237
Typologie 96 ff., 115, 123, 249

Übererregbarkeit, vegetative 30
Über-Ich 207 ff.
Überkompensation 198
Übertragung 63 f., 84 ff., 200 ff., 210 f.
— negative 205
Übungstherapie 228, 231
Umgang mit Kranken 239
Unbewußtes 44, 79, 84, 91, 114, 193, 233
— kollektives 114, 242
Urreaktion 193

Vaterkomplex 141, 178, 205
Verdrängung 9, 85, 88
Verführung, onanistische 213
Vergeistigung, Wille zur 86
Verwahrlosung 189

Wandertrieb 120
Weg der Läuterung 87
Wiederholungszwang 210
Wiedergeburtserlebnis 87
Widerstand 107 ff., 201
— narzißtischer 201
Zwang 3 ff., 6
— des Geschehenen 201
— -impulse 4 ff.
— und Rausch 3
— und Strafe 179 f.
— -vorstellungen 3 ff.
— -homosexuelle 6
— -zustände 4 ff.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Verlag für Medizin, Weidmann & Co., Wien VII, Neubaugasse 29
Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Ernst Bien, Wien IX, Spitalgasse 17
Druck von Josef Schwarz, Wien IX, Sensengasse 4

Bibliothek
AUSGESCHIEDEN
1 Amtsbibliothek 1 1954
der Polizeidirektion

SANATORIEN UND HEILANSTALTEN

Hoher Peißenberg
= Oberbayern =
KURHEIM DR. UNGER
900 m über dem Meere

für innere Kranke und Nervenleidende

Besonderes Arbeitsgebiet: umfassende klinische Psychotherapie von Neurotikern jeder Art (Psychoneurosen, Organneurosen, vegetative und traumatische Neurosen) — Reiche Höhensonnenstrahlung, Nebelarmut, Waldnähe. — Berühmte Aussicht über die bayerische Alpenkette

PROF. BENJAMIN'S KINDERSANATORIUM UND ERZIEHUNGSHEIM

Heilpädagogisch geleitet
Voller Schulunterricht

Zell-Ebenhausen im Isartal
700 m hoch

Heim Dr. Fritz M. Meyer
Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstraße 57
Morphin- u. Alkoholkranke
Neuzeitliche Behandlung mit Helvetin, Schlaf, Psychotherapie :-: Dauer 6 Wochen
Schlafmittel-Entwöhnung

KENNENBURG
bei ESSLINGEN (Württemberg)
PRIVATKLINIK
für Nerven- u. Gemütskranke
Psychotherapie, Entziehungskuren
Prospekt — Telephon: Eßlingen 6310
Besitzer und leitender Arzt:
Sanitätsrat Dr. R. KRAUSS

Dr. Binswangers
Kuranstalt Bellevue
Kreuzlingen–Bodensee–Schweiz
(Gegründet 1857)
Leitender Arzt: **Dr. Ludwig Binswanger**

Allgemeine und spezielle seelische und körperliche Behandlung der Neurosen und Psychosen. Entziehungskuren bei Alkohol- und Morphiumkranken. Psychopathenerziehung. Körperliche und geistige Beschäftigungstherapie. Totale Alkoholabstinenz.

9 Villen mit zentralem Kurhaus,
davon zwei Villen für Gemütskranke und schwere Toxikomanen. Schreinerei, Weberei, Buchbinderei, Gartenarbeit und ausgedehnter Landwirtschaftsbetrieb.

Prospekte durch die Verwaltung

BERLIN KURANSTALTEN WESTEND
Offene und geschlossene Häuser für
Gemütskranke, Entziehungskuren, Erholungsbedürftige
Alle psychotherapeutischen Methoden
Geh. Rat Prof. HENNEBERG, Dr. SCHLOMER, Dr. MÖLLENHOFF

VERLAG FÜR MEDIZIN, WEIDMANN & Co.

WIEN VII. NEUBAUGASSE 29 | LEIPZIG TALSTRASSE 2 | BERN WILDERMETTWEG 34

SEXUALPATHOLOGIE
Wesen u. Formen der abnormen Geschlechtlichkeit
Von
Dr. Oswald Schwarz
Privatdozent an der Universität Wien
In Leinen RM 18.—
Kartoniert RM 16.—

SEXUALITÄT U. PERSÖNLICHKEIT
Wesen und Formen ihrer Beziehungen
Von
Dr. Oswald Schwarz
Privatdozent an der Universität Wien
In Leinen RM 12.50
Kartoniert RM 10.50

Das Urphänomen des Lebens
Seine naturwissenschaftliche, ärztliche und weltanschauliche Geltung
Von
Prof. Dr. Martin Sihle
Direktor der I. Med. Univ.-Klinik Riga
In Leinen RM 7.—
Kartoniert RM 5.—

Das Weltbild des Arztes und der Sinn der Krankheit
Von
Prof. Dr. Martin Sihle
Direktor der I. Med. Univ.-Klinik Riga
In Leinen RM 12.—
Kartoniert RM 10.—

Rationalpsychagogik
Kritisch-autosuggestive Behandlung der Neurasthenie und Angstneurose
Von
Med.-Rat Dr. Wilhelm Neutra
In Leinen RM 19.—
Kartoniert RM 17.—

Fortschritte und Technik der Traumdeutung
Von
Dr. Wilhelm Stekel
In Leinen RM 24.—

DER SEELENARZT
Handbuch für seelische Beratung
Herausgegeben von
Dr. Wilhelm Stekel u. Mitarbeitern
In Leinen RM 28.—

ERZIEHUNG DER ELTERN
Von
Dr. Wilhelm Stekel
In Leinen RM 12.—

Psychotherapie des praktischen Arztes
Von
Dr. Emil Gutheil
In Leinen RM 18.—

Psychotherapie des Frauenarztes
Von
Dr. Fritz Wengraf
In Leinen RM 18.—